

Susana Soares

A DIMENSÃO TÉCNICO - PEDAGÓGICA DO MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL

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

2015

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

Soares, Susana

A DIMENSÃO TÉCNICO - PEDAGÓGICA DO MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL,
Susana Soares; orientador, Walter Ferreira de Oliveira -
Florianópolis, SC, 2015. 63 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.

Dedico este trabalho a meu pai, *in memoriam*, que me deu forças para alcançar este sonho, pois para geração dele o direito a educação foi um sonho quase inalcançável.

AGRADECIMENTOS

À minha família, minha mãe, meus irmãos Shirlei e Edelwans e ao Marcelo, pois mesmo sem entender a razão de tantas angustias no caminho do mestrado, sempre proporcionaram apoio, motivação, cuidado e forças.

Ao professor orientador Walter Ferreira de Oliveira. Faltariam palavras para descrever o tanto que você me ensinou. Foi além de um professor, um mentor. Sua forma de ensinar foi sempre me proporcionando liberdade, motivação e abrindo as portas para as mais diversas oportunidades. Você conseguiu o que eu achava quase impossível fazer: me ensinou a ensinar, a base para eu escrever esta dissertação. Vou levar comigo algo que você destilou sempre, uma vida em busca da esperança, da solidariedade e do amor. Muito obrigada por ter aceitado caminhar comigo nesta empreitada.

Eternos agradecimentos ao Luiz Fernando Goedert. Você chegou no momento certo e topou fazer parceria comigo neste projeto. Obrigada pelas longas horas ouvindo minha epifanias sobre o matriciamento, obrigada por aprender e caminhar comigo. Tudo se tornou mais leve tendo você ao meu lado. Te amo!

O mestrado se tornou mais especial tendo sua amizade, Elyana Souza. Você me ajudou desde o começo. Esta pesquisa também é sua. Afinal, boa parte do que escrevi aqui foi fruto das nossas longas horas de conversas que tivemos sobre o SUS, fé e solidariedade. Obrigada pelo seu cuidado e ajuda em todo o tempo.

Rosilda Verissimo, a hermenêutica ficou muito mais fácil tendo você do meu lado. Você faz parte dos vários presentes que ganhei fazendo este mestrado. Quão preciosa foi nossa parceria nos estudos. Você nasceu para ensinar! Sua dedicação ao ideal do SUS, o compromisso com o outro e ética irão me inspirar para o resto de minha vida. Obrigada pela sua amizade.

Minha amiga Grazielle Justino, que já na graduação pegou na minha mão e me arrastou para as discussões sobre SUS, NASF e democracia. Continuamos lutando por este ideal. Você tem sido fonte de inspiração constante na minha vida, obrigada por estar sempre ao meu lado!

Aos amigos Diniz Pereira, Daniele Cima e Jaqueline Flores, vocês são maravilhosos, me apoiaram e deram forças para eu entrar neste mestrado. E sempre se preocuparam durante esta caminhada com a minha pessoa. Eu consegui chegar até aqui e agradeço vocês por ficarem de mãos dadas comigo.

Ao grupo Telemedicina, Elis, Harley, Beto, Mazile, Daniel e Mario Coutinho. Vocês estiveram lá comigo a cada insight e angústia. Me ajudaram a refletir sobre o SUS e são exemplos de profissionais que fazem a diferença no sistema. Vocês são inspiração para mim. A cada momento de desânimo que tive, vocês me animaram com muitas risadas e esperança. Serei eternamente grata pela amizade de vocês!

Ao grupo de pesquisa em políticas públicas em saúde (GPPS), vocês foram primordiais na formação do mestrado. Boa parte do meu aprendizado foi consolidado com vocês, obrigada!

À turma de mestrado em saúde coletiva 2013/2. Vocês são maravilhosos, especiais e inspiradores! A convivência com vocês me proporcionou muito aprendizado e felicidade. Que possamos continuar seguindo juntos, unidos por um Brasil melhor!

A Deus, por ajudar a manter minha fé, por colocar pessoas tão especiais nesta caminhada e pelo seu extremo cuidado com cada momento. Hoje olho e vejo que foi milimetricamente planejado e executado. Que eu possa seguir com a mesma fé e servindo sempre ao outro.

Ceguei. Eu consegui. Parecia uma coisa tão pequena e ao mesmo tempo uma coisa incrível, como um segredo que eu sempre conto a mim mesma, embora ainda não saiba o significado dele. (Cheryl Strayed – WILD)

RESUMO

Essa dissertação relata experiências de trabalho no apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde em Florianópolis - Brasil, através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Esta pesquisa foi realizada com abordagem qualitativa e os dados coletados através de entrevistas abertas. Os dados foram classificados em grupos temáticos e analisados de acordo com a literatura disponível. Os resultados mostraram que os profissionais enfrentam desafios para colocar em prática o apoio matricial, especialmente as dificuldades de operacionalizar as ações pedagógicas devido a quantidade de pacientes que procuram o serviço, e a resistência de alguns profissionais por não adotarem a metodologia do matriciamento. Evidenciou-se entendimento dos profissionais entrevistados sobre a metodologia do trabalho em NASF. O apoio matricial e sua prática são novos aspectos do SUS, sendo que a produção de conhecimento acadêmico deve andar de mãos dadas com a prática profissional todos os dias para ajudar a melhorar a qualidade dos serviços oferecidos no âmbito do SUS.

Palavras Chaves: Apoio Matricial, saúde mental, atenção primária

ABSTRACT

It reports work experiences in mental health in primary health care in Florianopolis - Brazil, through the Family Health Support Nuclei - NASF. This research has qualitative approach and data were collected in interviews. The data were classified into thematic groups and analyzed according to the available literature. In this article we will approach the understanding of the professionals about the mental health care services offered in NASF. The results showed that for these professionals care involves more than the challenges to put such approach into practice, especially the difficulties in materializing pedagogical actions in the health field and the problems related to work relationships. It became clear for us that the rate of patients to professionals makes the latter to work perennially under pressure, always in a rush time. Matrix approach and its practice are new aspects of SUS, then, the production of academic knowledge must walk hand in hand with everyday professional practice to help improving the quality of services offered in the context of SUS.

Key words: Matrix approach, Mental Health, Primary Health Care

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Campos de saberes.

Figura 2 – Formação dos Saberes

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos artigos encontrados nas bases de dados

Tabela 2 – Detalhamento dos artigos selecionados conforme critérios de escolha.

Tabela 3 – Descrição da composição dos NASF

Tabela 4 – Ações no Apoio Matricial em Saúde Mental

Tabela 5 – Participantes da pesquisa que foram entrevistados

LISTA DE ABREVIATURAS

AIS – Ações Integradas em Saúde

APM – Apoio Matricial

APS – Atenção Primária em Saúde

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NASF – Núcleo de Saúde da Família

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RAS – Rede de Atenção em Saúde

SM – Saúde Mental

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
OBJETIVO GERAL.....	15
Objetivos Específicos.....	15
REVISÃO DE LITERATURA	16
Aprendendo com outros pelo Brasil.	16
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
Atenção Primária em Saúde.....	20
Redes de Atenção à Saúde - RAS.....	22
NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF.....	24
Matriciamento em Saúde Mental	26
Instrumentos do Processo de Matriciamento.....	27
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	29
O Cenário da Atenção Psicossocial no Brasil.....	29
Um pouco do contexto histórico.....	30
Urgência em Repensar e Refazer a Clínica.....	34
A DIMENSÃO PEDAGÓGICA	36
Aprender a Ensinar e Ensinar a Aprender.....	37
PERCURSOS METODOLÓGICOS	40
Abordagem Metodológica	40
Campo de pesquisa e algumas reflexões	41
Participantes da Pesquisa.....	41
Instrumentos para Coleta de Dados	42
CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	43
ANÁLISE DE DADOS	44
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	46
Gestão do Matriciamento	46
Execução do Matriciamento	49
Apoio pedagógico	51
Atenção Psicossocial.....	53
DIREÇÕES:	56
REFERÊNCIAS:	59
ANEXOS.....	62

INTRODUÇÃO

“Por que pesquisar a dimensão pedagógica do matriciamento em saúde mental? Por que o pedagógico e qual a contribuição para fora da universidade?” Essas foram as perguntas mais importantes que me fizeram durante o mestrado. Boas perguntas são necessárias e cruciais para a elaboração de uma pesquisa. Em todo o processo procurei nortear o desenvolvimento da pesquisa através dessas questões. Portanto, propus questionar como o apoio pedagógico ocorre no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) em Florianópolis, no que se refere às ações no matriciamento em saúde mental (SM).

O matriciamento é uma proposta de trabalho usada no NASF, o qual fundamenta trabalho em equipes, que remete à compreensão de uma tecnologia de gestão denominada apoio matricial (APM). Essa proposta se soma com o processo de trabalho em equipes de referência (equipe estratégia saúde da família ESF), que buscam mudar o padrão dominante de responsabilidade nas organizações. Ao invés de as pessoas se responsabilizarem por atividades e procedimentos, o que se pretende é construir a responsabilidade de pessoas para pessoas (BRASIL, 2010). Sob essa ótica, o apoio matricial traz uma dimensão assinalada pela assistência, responsável por produzir ação clínica direta com os usuários, e pela ação técnico-pedagógica que produz apoio educativo com e para a equipe.

Esse apoio educativo está compreendido em uma dimensão de educação permanente, pois todo trabalhador em saúde precisa lidar com os desafios e situações inusitadas que surgem no ambiente de trabalho, para as quais não possui conhecimento e prática suficiente. É nesse aspecto que os profissionais do matriciamento precisam perceber as dificuldades de uma equipe e exercitar a dimensão técnico-pedagógica a partir das discussões de casos e temas, de forma a compartilhar seu conhecimento específico com a equipe de referência, para que esta possa lidar com esse saber e fazer de todos os envolvidos.

O âmbito da pesquisa não é neutro. Em pesquisas qualitativas é demonstrada a natureza socialmente construída da realidade, a íntima relação entre o pesquisador e o que é estudado e as limitações situacionais que influenciam a investigação. Procuram-se soluções para as questões que realçam o modo como a experiência social é criada e adquire significado (DENZIN; LINCOLN, 2006). Assume-se que existe uma relação direta entre o campo e o objeto a serem pesquisados e o pesquisador; uma intencionalidade. A pesquisa pode estar intrinsecamente ligada à história do pesquisador, pois se trata de um processo de construção constante. Pautada nessa premissa, acredito ser importante contar uma pouco da história da pesquisadora que vos escreve. Devido às experiências pessoais e profissionais que tive é que se desenvolveu meu interesse pela saúde mental na atenção primária em saúde (APS).

Meu primeiro emprego foi em uma unidade programa saúde da família (PSF) em Blumenau – SC como auxiliar administrativo. Tratava-se de um programa da prefeitura que concedia bolsas para jovens estudantes de ensino médio que buscavam seu primeiro trabalho.

No primeiro dia de trabalho, a coordenadora, uma enfermeira, muito apaixonada e comprometida com a APS, chamou-me em sua sala e falou “antes de qualquer coisa, você precisa entender a política da saúde da família”. Aos dezesseis anos fui entusiasmada por um ideal e despertada para uma realidade profissional: o SUS.

Lembro que participava de todas as discussões de casos e das reuniões do conselho local de saúde. A equipe entendia que eu era a porta de entrada da unidade e que precisava compreender e aprender a identificar a necessidade de cada usuário. E assim, fui desde muito cedo aprendendo um jeito de trabalhar, fundado com muito diálogo, tentativas, esperança, respeito ao próximo e um pouco de humor para conseguir levar adiante as mazelas e desafios que o trabalho proporcionava.

À época me espantava com o tamanho da fila de espera para as pessoas que precisavam de psicólogo ou de qualquer serviço de saúde mental. Lembro-me da equipe que, no desespero para atender a vários usuários com depressão e tentativas de suicídio, criou o “grupo da depressão”; acho que o nome não foi muito adequado, mas acreditávamos estar fazendo o ideal.

Devido a essa vivência no “grupo da depressão”, a equipe tomou o cuidado de me ensinar o que era saúde mental, para que tratasse os usuários que chegassem ao grupo adequadamente. Recordo-me de explicarem que os transtornos mentais aconteciam devido a causas múltiplas, “o bio-psico-social”, então eu não poderia enxergar a depressão ou esquizofrenia de um só ângulo. É claro que tudo isso não era uma grande novidade para mim, já que colecionava experiências na família quanto a alcoolismo e depressão. Compreendi que se exige um olhar bem diferenciado para entender o que é saúde mental, pois esta é composta de diversos campos de saberes que se entrelaçam (psiquiatria, neurologia, ciências sociais, psicologia, filosofia etc.),

“não é apenas a psicopatologia, semiologia... ou seja não pode ser reduzida ao estudo e tratamento das doenças mentais” (AMARANTE, 2007, p. 16). Então, quando falamos de “saúde mental”, estamos referenciando o trabalho com as questões relacionadas às condições de saúde ou sofrimento mental das pessoas e não uma condição de ser.

Devido ao contato com a APS aos dezesseis anos e em toda a graduação de psicologia, experimentei todas as oportunidades da prática em psicologia comunitária e saúde mental: realizei pesquisas sobre o impacto das moradias irregulares na vida das pessoas em uma comunidade, VER-SUS; juntamente com o movimento estudantil, ajudei a criar a liga de Saúde Coletiva na Universidade Regional de Blumenau - FURB, que tinha como proposta introduzir práticas dos estudantes no SUS; projeto Rondon; estágio no Município de Santo André – SP no intento de conhecer uma forte rede de atenção psicossocial sugerida como exemplo no Brasil na época; e, por fim, dois anos de estágio numa unidade ESF.

Ao mesmo tempo, experienciei também o extremo, a saúde mental no mundo privado da saúde, conseguindo assim refletir no que considere mais efetivo e benéfico na atenção psicossocial. Quando graduada, dentre as várias experiências profissionais, trabalhei em um instituto de psiquiatria privado, digamos assim, um manicômio. Era o que o mercado de trabalho oferecia na época, mas tive minhas dúvidas em aceitar o trabalho. Afinal, desde o início da graduação fui um membro ativo da luta antimanicomial. Porém, acima de tudo, queria ser psicóloga e precisava pagar as contas.

A experiência foi sem dúvida a mais rica de todas que tive após receber o título de psicóloga. Tive a oportunidade de vivenciar as psicopatologias que tinha estudado somente em livros, bem como desenvolver o trabalho em equipe, pois ainda que quisesse era impossível trabalhar sozinha. Os casos eram tão complexos, tristes e mobilizadores que precisávamos uns dos outros. Vivenciei o poder da caneta de um médico na psiquiatria, o poder subjetivo desse objeto sobre as pessoas, e enfrentei esse poder que me rendeu muitas angústias e terapia. E, no fim, percebi que antes de ser terapeuta dos pacientes, estava me tornando advogada deles, em busca do tratamento em liberdade e justo para com todos.

Como fruto desse período de angústia e busca da identidade profissional durante o trabalho no instituto, resolvi entrar para o mestrado em saúde coletiva propondo dialogar a atenção psicossocial na saúde primária. Essa decisão me rendeu um desafio e tanto, porém uma caminhada encantadora.

O mestrado ofereceu a oportunidade de pensar e repensar o porquê mantive a caminhada da saúde mental na atenção básica. Pessoas marcam as nossas vidas, seja positivamente ou negativamente. Aquela enfermeira e a equipe de saúde que me ensinaram o que é APS aos meus dezesseis anos eram tão apaixonados e profissionais para com a saúde da população, e seu trabalho oportunizou tanto bem estar e esperança de uma vida melhor a diversas pessoas, que foram capazes de despertar desde cedo a mesma paixão na minha pessoa, que decidi fazer disso um projeto de vida.

Essa é uma das razões pelas quais mergulhei na dimensão pedagógica. Pois existe algo poderoso na troca de saberes. Quando alguém decide trocar algo com outra pessoa, quando alguém se dispõe aprender ou ensinar algo, parte do universo muda, como diz o aclamado Paulo Freire (1993, p. 86). “O sujeito que se abre ao mundo e aos outros inaugura com seu gesto a relação dialógica em que se confirma como inquietação e curiosidade, como inconclusão em permanente movimento na História”. É dessa forma que olho o matriciamento, formas verticais e horizontais que se cruzam no intuito de gerar várias outras formas de saberes. Sendo assim um arranjo promissor para reinventar a oferta de serviços em saúde mental na APS e melhorar a formação dos profissionais.

Mais que tudo, desejo aqui trazer as vozes dos profissionais, aqueles que estão no dia a dia trabalhando exaustivamente para oferecer conforto, qualidade e soluções para o sofrimento dos usuários. É por isso que em determinado momento, quando trago as falas, as chamarei de vozes, enfatizando assim a preocupação em ouvi-las atentamente e com cuidado, e com uma postura academicamente humilde, pois a intenção é construir juntamente com os entrevistados rumos para aprimorar o apoio matricial.

Antes de ir a campo ouvi-los, foi realizada uma revisão sistematizada de artigos que relatam pesquisas semelhantes: vozes de profissionais experienciando o matriciamento no Brasil. Usaram-se técnicas de meta-análise de artigos em pesquisas qualitativas, no intuito de encontrar pesquisas semelhantes no país. Essa busca foi de extrema importância para a elaboração do arcabouço teórico e ideológico desta pesquisa.

No marco teórico contextualizei a APS, seus arranjos, funcionamento, objetivos e, conseqüentemente, a saúde mental e APS na sua prática. Escrevo sobre a atenção psicossocial no Brasil e seu contexto histórico para melhor compreender seu processo de desenvolvimento até o momento.

Com o desígnio de compreender profundamente o espaço do matriciamento, tratarei aqui como o apoio matricial acontece no município de Florianópolis por meio de alguns profissionais entrevistados de

diferentes pontos da cidade. Trago a percepção dos sujeitos que usam esse arranjo no dia a dia, suas possibilidades, dificuldades e inovações.

Através do olhar dos profissionais, busquei refletir sobre a dimensão pedagógica do matriciamento, como se dá esse universo de ensino e aprendizagem. Os profissionais me mostraram os entraves, desafios e avanços, que me permitiram a ousadia de apontar algumas direções.

A ênfase no processo de aprendizagem pode servir como um dispositivo para a transformação das práticas em saúde e da organização do trabalho. Mas, para alcançar uma ampla compreensão desse processo, é necessário pensar sobre o que é aprender e ensinar nesse contexto.

Desse modo, esta pesquisa busca sinalizar direções para o amadurecimento do matriciamento, propõe o enfrentamento dos desafios e procura dar voz aos profissionais que trabalham arduamente para uma oferta de qualidade em saúde mental na APS.

OBJETIVO GERAL

A analisar a compreensão dos profissionais dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família do município de Florianópolis acerca das ações técnico pedagógicas desenvolvidas no âmbito do matriciamento em saúde mental.

Objetivos Específicos

- Identificar como são realizadas as ações técnico pedagógicas de apoio matricial;
- Conhecer as perspectivas teórico metodológicas que permeiam as ações técnico pedagógicas dos profissionais envolvidos;
- Averiguar as facilidades e dificuldades para a execução das ações técnico pedagógicas no matriciamento em saúde mental.

REVISÃO DE LITERATURA

Para melhor compreender o que é o matriciamento em saúde mental e o processo de construção enquanto política pública, se fez necessário realizar uma revisão bibliográfica desse tema para elaborar o projeto de pesquisa. A revisão bibliográfica se deu em torno dos temas saúde coletiva, atenção psicossocial, políticas públicas, processos pedagógicos e uma meta-análise de artigos qualitativos nos periódicos. Investiu-se na leitura intensa desses temas para uma sólida estrutura teórica, colaborando assim para a reflexão crítica do objeto estudado.

Para o desenvolvimento da pesquisa foi realizada uma análise documental, tendo sido analisados pela citada pesquisa: a) a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, do Ministério da Saúde, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família; b) o Caderno de Atenção Básica nº 27, de 2009, do Ministério da Saúde, que apresenta as diretrizes de funcionamento do NASF; e c) Guia prático de matriciamento em saúde mental, de 2011, editado pelo Ministério da Saúde. As análises de tais documentos elucidaram valores e discursos do objeto de estudo em um período histórico.

Na primeira etapa, foi realizada uma revisão sistemática de periódicos. Para direcionar essa busca, focou-se em buscar as experiências relatadas no matriciamento em saúde mental, uma vez que é no relato das experiências que podemos capturar processos de ensino e aprendizagem, troca de saberes e relações de suporte colaborativo.

Aprendendo com outros pelo Brasil.

A meta síntese de artigos qualitativos é uma busca intensa e exaustiva das experiências de um determinado campo. Norteada por uma pergunta de pesquisa, coletei todos os achados nos diretórios, cada resumo de artigo foi lido e examinado e consequentemente classificado dentro dos critérios estabelecidos. Quando selecionados os artigos, repetidas leituras foram feitas na intenção de buscar uma compreensão crítica e similaridades nas experiências.

Utilizou-se a técnica de meta análise, que é usada para a elaboração de uma pesquisa integrada, com vistas a agregar achados de pesquisas qualitativas conduzidas por um tema ou pergunta de pesquisa (SANDELOWSKI; BARROSO, 2003). A metasíntese qualitativa é a integração de resultados qualitativos, da qual derivam sínteses interpretativas de dados, incluindo fenomenologias, etnografias, e outras tais descrições ou explicações dos fenômenos, eventos, ou casos. Baseiam-se numa lógica inclusiva em que todos os resultados são acomodados (SANDELOWSKI; BARROSO, 2003).

A busca foi direcionada pela pergunta: “quais experiências descritas encontradas nos periódicos desde a criação dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família no âmbito do matriciamento em saúde mental, entre 2009 e maio de 2015”? Os critérios de seleção foram: textos completos disponibilizados pelas bases de dados gratuitamente, pesquisas de abordagem qualitativa, mediante entrevistas com os profissionais como coleta de dados, e relatos de experiências de matriciamento somente no território brasileiro.

Os critérios de seleção também foram pensados de acordo com materiais a que os profissionais no SUS possuem acesso. Por vezes, artigos que são obtidos somente por canais pagos, ou somente acessados pelo vínculo universitário, não permitem que o público em geral tenha oportunidade de sua leitura. O foco foi produzir um material com acesso facilitado para os profissionais interessados em aprofundar o conhecimento sobre APM no Brasil.

A busca foi executada nas bases de dados: PubMed, PsycNET, Lilacs, Scielo, Scoups, Pubmed, Web of Science e Doaj. Abaixo Tabela 1 com detalhamento da busca e critérios de seleção.

Tabela 1 – Distribuição dos artigos encontrados nas bases de dados

Base de Dados	Descritores	Palavras chaves	Total de achados	Total após seleção baseada nos critérios
PubMed	Public Health Mental Health	Mental Health Services Matrix Approach	15	2
PsycNET	Primary Health care Qualitative Study	Mental Health	1	0
Lilacs	Atenção Primária em saúde	Saúde mental Apoio Matricial	120	1
SciELO	Saúde pública	Saúde mental Apoio Matricial	159	6
Scopus	Public health	Matrix Approach Mental Health	0	0
Web of Science	Public health	Matrix approach Mental Health	2	2
Doaj	Public health	Matrix approach Mental Health	12	3

Fonte: Base de dados PubMed, PsycNET, Lilacs, SciELO, Scopus, Pubmed, Web of Science, Doaj e Lilacs.

Como se pode observar, dentre 309 artigos encontrados mediante as chaves de busca, somente 14 (alguns repetem de uma base de dados para outra) possuíam descrição de experiências em APM em saúde mental no Brasil por meio da consulta com profissionais atuantes.

A seguir, a Tabela 2 com os artigos selecionados, assim é possível visualizar autores, região do país e resultados relevantes para esta pesquisa.

Tabela 2 – Detalhamento dos artigos selecionados conforme critérios de escolha.

Autor, ano, local	Título	Tipo de estudo e temática	Resultados relevantes para esta pesquisa
Pinto, AGA. et al. Ceará, 2012.	Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade.	Estudo exploratório, coleta dos dados, através de técnicas de grupo focal, entrevistas estruturadas e observação sistemática. A análise dos dados trabalhou-se com hermenêutica crítica.	Dificuldades na participação dos profissionais principalmente dos médicos devido a demanda de atendimentos clínicos. Priorização pelos atendimentos individuais ainda é forte. Resistência dos profissionais das ESF's em atender demanda de saúde mental. Fluxo de atendimento mais ágil. Melhora da compreensão do profissional em relação a doença mental.
Mielke, F.; B.; O., A., Rio Grande do Sul, 2010.	Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: a avaliação de apoio matricial	Estudo avaliativo qualitativo, baseado no processo hermenêutico-dialético no paradigma construtivista. Para coleta de dados, utilizou-se a observação e entrevistas individuais.	Poucos conheciam as políticas de ações em saúde mental. Insatisfação em relação a gestão, Solicitam mais apoio as equipes CAPS.

Tabela 2 – Detalhamento dos artigos selecionados conforme critérios de escolha.

Quinderé, P. H., et al. Ceará, 2013.	Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial.	Estudo qualitativo, com coleta de dados por entrevista semi estruturada, para interpretação dos dados foi feita análise do material empírico e a compreensão das questões, considerou-se a práxis social, buscando a afirmação ético-política do pensamento.	Matriciamento facilitou o acesso ao serviço. Obtiveram novos serviços no território, como a psicoterapia e trabalho em grupos. Muitos profissionais desprezam a ferramenta do matriciamento, por valorizarem a lógica bio medica tecnicista.
Dimenstein, M.; et al. Rio Grande do Norte, 2009.	O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental.	Estudo exploratório com coleta de dados através de entrevistas semi estruturadas. Não mencionado métodos de análise.	Dificuldade que os profissionais em fazer reuniões de equipe, devido a demanda reprimida para atendimento clínico. Importância do matriciamento e necessidade de enfrentamento do modelo manicomial.
Silveira, E., R.; Rio de Janeiro, 2012.	Práticas que integram a saúde mental à saúde pública: o apoio matricial e a interconsulta.	Pesquisa Qualitativa, coleta de dados com entrevista semiestruturada e a análise baseada em Rose.	Profissionais que são colaborativos em executar reuniões em equipe, interconsultas. Maioria dos profissionais acreditam que o encaminhamento referencia e contra referencia é ainda melhor opção.
Souza, F., P., et al., Rio de Janeiro, 2011.	Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial	Estudo qualitativo, coleta das informações, utilizaram-se a entrevista semiestruturada e a observação sistemática das práticas no matriciamento. A análise do material empírico é da práxis social.	O apoio matricial é uma estratégia potente
Gazabim, M., L., et al. São Paulo, 2012.	Apoio matricial: um estudo sobre a perspectiva de profissionais da saúde mental	Estudo qualitativo, coleta de dados com entrevista semi estruturada e análise do discurso.	Entendimento sobre matriciamento para alguns dos profissionais não é muito claro, Possibilita a ampliação e o estabelecimento de trocas e de conhecimento. Desenvolvimento de habilidades dos profissionais envolvidos.
Pereira, A., P., Tanaka, Y., Ceará, 2012.	Apoio matricial em saúde mental: alcances e limites na atenção básica	Estudo qualitativo, coleta de dados através de entrevistas e análise por categorias empíricas.	Potencial de permitir a construção de novos processos de trabalho que põem em questão a necessidade de deter maior conhecimento teórico-prático e informações de saúde mental.

Fonte: Artigos pesquisados nas bases de dados.

No total foram oito artigos que descreviam experiências concretas dos profissionais executando o matriciamento na área de saúde mental. As regiões que mais concentram relatos são Nordeste, Sudeste e Sul, foram apenas quatro estados. Isto aponta a necessidade da elaboração de mais pesquisas que relatem experiências no campo prático demonstrando os desdobramentos do matriciamento, alcances e desafios.

Todos os artigos selecionados foram pesquisas que tiveram como instrumento de coleta de dados entrevistas com profissionais e usuários da rede de atenção psicossocial. Todos os relatos apontaram para desafios da implementação do matriciamento, vantagens e inovações.

Quanto aos desafios, os profissionais enfrentam dificuldades similares:

- Resistência em aderir o APM devido a estratégia referência-contra referência ser vislumbrada como melhor método pelos profissionais.

Apesar de muitos profissionais apontarem como a prática do matriciamento tem sido benéfica para a resolubilidade de casos, há profissionais que não são favoráveis a essas práticas. Alguns se posicionaram contra e defenderam o encaminhamento direto de casos aos serviços de saúde mental via documento de referência e contrarreferência por considerar mais rápido do que esperar a reunião para discutir o caso, bem como defenderam que a atenção aos casos deve ser feita pelo especialista, não por um médico clínico geral. (SILVEIRA, 2012; PINTO *et al.*, 2012; MIELKE, 2010).

- A demanda reprimida por atendimento clínico impede que os profissionais tenham tempo para reuniões de equipe.

Trata-se de um dado em comum em todos os artigos, como também nesta pesquisa. Os relatos de que a dialogicidade da APM de fato não acontece, devido à demanda intensa de trabalho na unidade, é recorrente na maioria das pesquisas com matriciamento. Definir uma agenda para o dia de Apoio Matricial na UBS e orientar as ESF a participarem desse momento não parece ser o suficiente para garantir que o serviço esteja organizado a fim de que os profissionais possam criar e desenvolver novas práticas e condutas no atendimento aos casos de saúde mental (PEREIRA; TANAKA; CEARÁ; 2012). O reduzido número de profissionais da APS, o pouco envolvimento e a escassa valorização pelos demais profissionais da unidade, bem como o regime de trabalho e carga horária impõem limites à APS em incorporar as ações de saúde mental. Portanto, a implementação de um arranjo organizacional como o APM justifica-se como dispositivo para o aprimoramento teórico-prático de saúde mental na Atenção Básica (GAZABIM, *et al.*, 2012.)

Quanto aos ganhos positivos:

- Ampliação do escopo de serviços em saúde mental e acessibilidade.

Geralmente a dispensação de medicamentos psicotrópicos e o conseqüente controle requerido para tal atividade constituem o principal registro da atuação na área psiquiátrica da ESF, o que revela pouco da situação real vivenciada pela população no tocante (PINTO *et al.*, 2012). Mas o APM tem promovido uma ação diferenciada, já que o trabalho das equipes do matriciamento tem produzido maior compartilhamento de informações territoriais, pois é no território que a população busca efetivar seu cuidado, como de demandas clínicas e procedimentos, resultando na ampliação do potencial resolutivo perante os casos clínicos de saúde mental ao sofrimento psíquico.

- Aumento da articulação entre os serviços favorecendo a execução da lógica da rede de atenção em saúde (RAS), (SOUZA, *et al.*, 2011).
- Desenvolvimento de habilidades para trabalhar com SM contribuindo assim para a formação dos profissionais em relação à rede de atenção psicossocial (RAPS).

Ter acesso aos relatos de profissionais de outras realidades municipais e assim realizar um diálogo com os dados levantados em Florianópolis proporcionou evidências de que todas as equipes de NASF estabelecem objetivos comuns a serem concretizados com a prática do matriciamento. Essa interação caracteriza o trabalho em rede, pois exige interdependência entre atenção primária e especializada, porquanto o vínculo com o território é maior com as equipes da ESF. Já a equipe de saúde mental descentraliza o cuidado e, desse modo, compartilha saberes e práticas, produzindo corresponsabilização pelos casos entre as equipes (SOUZA, *et al.*, 2011).

A partir das demandas e necessidades identificadas a cada momento, o NASF pode atuar tanto para apoiar as equipes na análise dos problemas e na elaboração conjunta de propostas de intervenção, quanto diretamente na realização de ações clínicas ou coletivas com os usuários, quando se fizer necessário, de modo integrado e corresponsável.

As diferenças de atuação entre os profissionais de uma mesma equipe do NASF podem existir, pois há singularidades de competências a serem consideradas em cada time de trabalho. E isso não anula a necessidade de articulação e de integração das atividades. Em termos práticos, auxilia a organizar a atenção de forma a considerar também as especificidades e as diferenças e a não homogeneizar demais a atuação dos membros da equipe, evitando, inclusive, a burocratização na organização das atividades (BRASIL, 2010).

Para a incorporação das práticas em saúde mental na APS, é necessário conhecer e compreender a lógica dos sistemas de saúde que têm como base de sua organização a atenção primária em saúde. Somente com uma compreensão profunda dessa forma de organização, é possível avançar no planejamento da Atenção Psicossocial nessa esfera de serviço.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Atenção Primária em Saúde

A APS é apresentada como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades. Esse enunciado procura sintetizar as diversas concepções e denominações das propostas e experiências que se convencionaram chamar internacionalmente de APS.

No Brasil, a APS incorpora os princípios da reforma sanitária, levando o SUS a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde.

Historicamente, a ideia de atenção primária foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, em 1920. Esse documento do governo inglês procurou, de um lado, contrapor-se ao modelo flexneriano americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e por outro, constituir-se numa referência para a organização do modelo de atenção inglês, que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade (GIOVANELLA, *et al.*, 2008).

O início dessa nova forma de pensar um sistema de saúde também apontava para uma nova visão de homem. Isto é, a atenção primária em saúde procura resgatar que o homem e sua “saúde” é resultado de vários determinantes biológicos e sociais. Essa nova linha de abordagem acaba por promover mudanças no jeito de produzir ciência e na organização das sociedades.

O referido relatório organizava o modelo de atenção em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, suplementares e hospitais de ensino. Os centros de saúde primários e os serviços domiciliares deveriam estar organizados de forma regionalizada, onde a maior parte dos problemas de saúde deveria ser resolvida por médicos com formação em clínica geral. Os casos que o médico não tivesse condições de solucionar com os recursos disponíveis nesse âmbito da atenção deveriam ser encaminhados para os centros de atenção secundária, onde haveria especialistas das mais diversas áreas, ou então, para os hospitais, quando existisse indicação de internação ou cirurgia. Essa organização caracteriza-se pela hierarquização dos níveis de atenção à saúde (STARFIELD, 2002).

Os serviços nas comunidades de um dado bairro, distrito ou região são organizados por meio de centros de saúde equipados com profissionais de medicina curativa e preventiva para ser conduzida por clínicos gerais daquele distrito, em conjunto com um serviço de enfermagem eficiente e com o apoio de profissionais especialistas. Os centros variam em seu tamanho e complexidade de acordo com as necessidades locais, e com sua localização na cidade ou no país.

Essa concepção elaborada pelo governo inglês influenciou a organização dos sistemas de saúde de todo o mundo, definindo duas características básicas da APS: A primeira seria a regionalização, ou seja, os serviços de saúde devem estar organizados de forma a atender às diversas regiões nacionais, através da sua distribuição a partir de bases populacionais, bem como devem identificar as necessidades de saúde de cada região. A segunda característica é a integralidade, que fortalece a indissociabilidade entre ações curativas e preventivas (STARFIELD, 2002).

Os elevados custos dos sistemas de saúde, o uso indiscriminado de tecnologia médica e a baixa resolutividade preocupavam a sustentação econômica da saúde nos países desenvolvidos, fazendo-os pesquisar novas formas de organização da atenção com custos menores e maior eficiência. Em contrapartida, os países pobres e em desenvolvimento sofrem com a iniquidade dos seus sistemas de saúde, com a falta de acesso a cuidados básicos, com a mortalidade infantil e com as precárias condições sociais, econômicas e sanitárias.

Para o enfrentamento dessa realidade, em 1978 a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) realizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética. Propuseram nessa conferência um acordo e uma meta entre seus países membros para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, através da APS. Essa política internacional ficou conhecida como 'Saúde para Todos no Ano 2000'. A Declaração de Alma-Ata, como foi chamado o pacto assinado entre 134 países, defendia a seguinte definição de APS, aqui denominada cuidados primários de saúde.

Os cuidados primários de saúde são baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade (OPAS; OMS, 1978). Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

No que diz respeito à organização da APS, a declaração de Alma-Ata propõe a instituição de serviços locais de saúde centrados nas necessidades de saúde da população e fundados numa perspectiva interdisciplinar envolvendo médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, bem como a participação social na gestão e controle de suas atividades. O documento descreve as seguintes ações mínimas, necessárias para o desenvolvimento da APS nos diversos países: educação em saúde voltada para a prevenção e proteção; distribuição de alimentos e nutrição apropriada; tratamento da água e saneamento; saúde materno-infantil; planejamento familiar; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais.

As metas de Alma-Ata nunca foram alcançadas plenamente, mas a APS tornou-se uma referência fundamental para as reformas sanitárias ocorridas em diversos países nos anos 80 e 90 do último século. Entretanto, muitos países e organismos internacionais, como o Banco Mundial, adotaram a APS numa perspectiva focalizada, entendendo a atenção primária como um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade, dedicada a populações de baixa renda, no sentido de minimizar a exclusão social e econômica decorrentes da expansão do capitalismo global, distanciando-se do caráter universalista da Declaração de Alma-Ata e da ideia de defesa da saúde como um direito (MATTOS, 2000).

A APS no Brasil iniciou algumas experiências no início do século XX, como os centros de saúde em 1924 que, apesar de manterem a divisão entre ações curativas e preventivas, organizavam-se a partir de uma base populacional e trabalhavam com educação sanitária. A partir da década de 1940, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) que realizou ações curativas e preventivas, ainda que restritas às doenças infecciosas (GIOVANELLA, *et al.*, 2008). Essa experiência inicialmente limitada às áreas de relevância econômica, como as de extração de borracha, foi ampliada durante os anos 50 e 60 para outras regiões do país, mas represada de um lado pela expansão do modelo médico-privatista, e de outro, pelas dificuldades de capilarização local de um órgão do governo federal, como é o caso do Sesp (MENDES, 2002).

Com o movimento sanitário, as concepções da APS foram incorporadas ao ideário reformista, compreendendo a necessidade de reorientação do modelo assistencial, rompendo com o modelo médico-privatista vigente até o início dos anos 80. Nesse período, durante a crise do modelo médico previdenciário representado pela centralidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), surgiram as Ações Integradas de Saúde (AIS), que visavam ao fortalecimento de um sistema unificado e descentralizado de saúde voltado para as ações integrais (GIOVANELLA, *et al.*, 2008). Nesse sentido, as AIS surgiram de convênios entre estados e municípios, custeadas por recursos transferidos diretamente da previdência social, visando à atenção integral e universal dos cidadãos.

Essas experiências somadas à constituição do SUS (BRASIL, Constituição Federal de 1988) e à sua regulamentação (BRASIL, Decreto nº 7508/11, 19 de setembro de 1990) possibilitaram a construção de uma política de APS que visasse à reorientação do modelo assistencial, tornando-se o contato prioritário da população com o sistema de saúde. Assim, a concepção da ABS desenvolveu-se a partir dos princípios gerais que norteiam o SUS, principalmente a universalidade, descentralização, integralidade e a participação popular, como pode ser visto na portaria do Ministério da Saúde que institui a Política Nacional de Atenção Básica, definindo a ABS como:

...um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da

universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, e participação social. (BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria nº 648, de 28 de março de 2006)

Para operacionalizar este sistema, o Brasil conta com a principal estratégia de configuração da ABS: a estratégia saúde da família (ESF), que recebe consideráveis incentivos financeiros visando à ampliação da cobertura populacional e à reorganização da atenção. A saúde da família aprofunda os processos de territorialização e responsabilidade sanitária das equipes de saúde, compostas basicamente por médico generalista, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, cujo trabalho é referência de cuidados para a população limitada, com um número definido de domicílios e famílias assistidos por equipe.

Torna-se evidente o quanto esse modelo de organização de serviço aproxima o profissional do paciente e da comunidade, possibilitando uma relação horizontal e dialógica entre paciente e profissional. Essa aproximação quebra a hierarquização, que por vezes, toma conta dessas relações, dificultando a conversa e orientação necessárias para o trabalho de educação e promoção de saúde.

Entretanto, os desafios persistem e indicam a necessidade de maior articulação de estratégias de acesso aos demais níveis de atenção à saúde, de forma a garantir o princípio da integralidade. Assim como anunciam a necessidade permanente de ajuste das ações e serviços locais de saúde, visando à apreensão ampliada das necessidades de saúde da população e à superação das iniquidades entre as regiões do país.

De modo a aperfeiçoar a APS, tem-se desenvolvido o trabalho em redes de atenção. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010).

Redes de Atenção à Saúde - RAS

Em dezembro de 2010 foi publicado o documento de referência contendo as “Diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS”, oficializado por meio da edição da Portaria do Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Essa portaria objetiva assegurar resolutividade na rede de atenção, tendo fundamentos que precisam ser considerados: economia de escala, qualidade, suficiência, acesso e disponibilidade de recursos.

Ao se pensar na estratégia da APM, vale a reflexão quanto aos fundamentos da RAS, pois estes propiciam visualizar a estrutura da política do matriciamento, a qual pode ser uma poderosa ferramenta para operacionalizar o trabalho em rede.

As redes de atenção em saúde foram pensadas para atingir resolubilidade, acesso universal e economia nos gastos. Para tanto, seguem fundamentos a seguir delineados de acordo com estudo de Eugenio Vilaça Mendes (2011):

- Economia de escala: acontecem quando os custos médios de longo prazo diminuem à medida que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades, sendo longo prazo um período de tempo suficiente para que todos os insumos sejam variáveis.
- Qualidade: os serviços em saúde possuem qualidade quando prestados em consonância com padrões de excelência e bem definidos, sendo assim, precisam ter controle de qualidade, seguros para os profissionais de saúde, atendem as necessidades das pessoas.
- Acesso: como um elemento do sistema de atenção à saúde que se refere às entradas nos serviços e à continuidade da atenção.

Para o autor, as redes de atenção possuem objetivos que procuram operar de forma cooperativa e interdependente; intercambiam constantemente seus recursos; são estabelecidas sem hierarquia entre os diferentes componentes, organizando-se de forma poliárquica, em que todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas e funcionam sob coordenação da atenção primária à saúde (MENDES, 2011).

A implementação da RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, uma melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional e contribui para o avanço do processo de

efetivação do SUS. A transição entre o ideário de um sistema integrado de saúde conformado em redes e a sua concretização passa pela construção permanente nos territórios, de modo a permitir conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde.

Sob essa ótica, torna-se indispensável discutir e rediscutir com os profissionais, a fim de observar como estes têm operacionalizado os serviços, bem como quais arranjos estão sendo criados para a promoção da qualidade e acessibilidade aos usuários. Esse diálogo visa, sobretudo, produzir material investigativo e avaliativo necessário para refletir sobre a eficácia das políticas públicas em desenvolvimento.

A proposta de matriciamento é um arranjo novo que propõe sua viabilização através do trabalho na lógica da rede. Nesse cenário, embora recente, já é possível coletar experiências para analisar sua eficácia e efetividade, como mencionado aqui na revisão de base de dados, e também como uma das propostas desta pesquisa.

Passa-se, assim, portanto, à descrição da política do NASF e de seu método de trabalho, o matriciamento, possibilitando ampliar o conhecimento sobre o que é o NASF e aprimorando o marco teórico para discutir os dados coletados.

NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF

Na organização da atenção básica no país, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) se caracteriza como a porta de entrada do sistema de saúde. Para ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização e a regionalização da estrutura, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a edição da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. É sobre esse serviço e quais as contribuições que ele traz para a organização das redes de saúde que discorreremos neste tópico.

O NASF, juntamente com a ESF, atua de forma estratégica para a promoção de saúde e a qualidade de vida e como estratégia de prevenção de doenças. As diversas ações são: promover atividades físicas e práticas corporais; proporcionar educação permanente em nutrição; contribuir para a ampliação e valorização da utilização dos espaços públicos de convivência; implementar ações em homeopatia e acupuntura para a melhoria da qualidade de vida; promover ações multiprofissionais de reabilitação para reduzir a incapacidade e deficiências, permitindo a inclusão social.

De acordo com a referida portaria, o NASF deve ser constituído por uma equipe em que profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes das ESF, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de ESF. A composição da equipe é definida pelos gestores municipais, através de critérios e prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações.

Tabela 3 – Descrição da composição dos NASF

Tipos de NASF	Composição das Equipes
NASF 1	Profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições: a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 (duzentas) horas semanais; b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e c) Deverá estar vinculado a no mínimo 5 (cinco) e a no máximo 9 (nove) Equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais);
NASF 2	Profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições: a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 120 (cento e vinte) horas semanais; b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e c) Cada NASF 2 deverá estar vinculado a no mínimo 3 (três) e a no máximo, 4 (quatro) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais).
NASF 3	Profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições: a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 80 (oitenta) horas semanais; b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte horas); e c) Cada NASF 3 deverá estar vinculado a no mínimo 1 (uma) e a no máximo 2 (duas) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada.

Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria GM nº 154, 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.

Cada NASF deverá ter pelo menos um profissional da área de saúde mental e suas ações compreenderão a atenção aos usuários e aos familiares em situação de risco psicossocial ou doença mental, de modo a propiciar o acesso ao sistema de saúde e à reinserção social.

Podem-se destacar, nesse sentido, as ações de combate ao sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença e a questões subjetivas de entrave à adesão a práticas preventivas ou à incorporação de hábitos de vida saudáveis, as ações de enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e drogas e as ações de redução de danos e combate à discriminação (BRASIL, 2008).

A organização dos processos de trabalho do NASF tem como foco o território sob sua responsabilidade e:

“[...] deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias, tais como estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto etc. (BRASIL, 2010, p. 8)

Portanto, o foco de trabalho do NASF parte da lógica pedagógica e de compartilhamento de diferentes conhecimentos, promovendo coletivamente estratégia de ação e intervenção nos espaços que necessitam. Nessa perspectiva, com relação à atenção em saúde mental, o NASF busca superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsabilizada com a ESF.

Essa lógica fragmentada do sistema se caracteriza, em especial, pela forma de organização hierárquica, “a inexistência da continuidade da atenção; o foco nas condições agudas através de unidades de pronto-atendimento, ambulatorial e hospitalar; a passividade da pessoa usuária” (MENDES, 2010, p. 2299). Logo, a rede de cuidados é uma das estratégias essenciais dentro da lógica de trabalho de um NASF, mas para tanto, as equipes de ESF necessitam criar espaços de discussão visando o aprendizado coletivo.

A atuação na lógica de rede no Brasil é nova, sendo poucas as pesquisas que apontem uma avaliação precisa sobre o funcionamento no país. “Estudos de casos de experiências em redes de atenção à saúde em outros países indicam que podem ter impacto significativamente positivos nos níveis de saúde, com custos suportáveis” (MENDES, 2010, p. 2299).

A fim de fomentar o trabalho em rede no âmbito da saúde mental, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Essa estrutura se destina às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A rede de saúde mental integrada se articula nos diferentes pontos de atenção para atender a essas pessoas.

A ênfase é nos serviços com base comunitária, caracterizados pela plasticidade de se adequar às necessidades dos usuários e seus familiares e não a lógica inversa, em que estes devem se adequar aos serviços. A rede atua sob uma perspectiva territorial, conhecendo suas dimensões, gerando e transformando lugares e relações.

Para tanto, envolve NASF, unidade básica de saúde (UBS), consultório na rua, apoio aos serviços do componente atenção residencial de caráter transitório, centros de convivência e cultura, centros de atenção psicossocial (CAPS), nas suas diferentes modalidades; SAMU 192, sala de estabilização, UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, unidade de acolhimento, serviço de atenção em regime residencial, enfermaria especializada em hospital geral, 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, serviços residenciais terapêuticos, programa de volta para casa, iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais (BRASIL, 2011).

Esta forma de trabalho é permeada por princípios como integralidade e interdisciplinaridade. Os programas em políticas públicas em rede “exigem a responsabilização dos vários programas e equipes pela globalidade das necessidades dos cidadãos, implicando práticas interdisciplinares, intersetoriais e voltadas para a integralidade” (VASCONCELOS, 2009).

É imprescindível também que as ESF possam identificar o NASF como um coletivo organizado de profissionais que oferta apoio na APS, porém que possui singularidades em cada profissional. Ou seja, é preciso ter clareza de que o objeto comum de intervenção é o cuidado à saúde da população, mas as especificidades de saberes também devem ser identificadas e potencializadas.

O cerne desta relação de trabalho entre ESF e NASF é o apoio matricial. Na sequência serão abordados os fundamentos do matriciamento e a importância de investigar os processos de compreensão da realidade nas equipes NASF e ESF.

Matriciamento em Saúde Mental

A saúde mental, como um dos enfoques da atenção primária em saúde no Brasil, somente passou a ser pensada de forma mais intensa nos últimos anos. Isso se deve ao fato de que, “com a grande prevalência de transtornos mentais de diversos graus atendidos no campo da atenção primária, esta empresta uma particular relevância a saúde mental como área estratégica dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)” (VIEIRA E OLIVEIRA, 2012, p. 105).

A palavra matriz nesse trabalho significa o espaço onde se gera e cria coisas. Dessa forma, o emprego dessa expressão almeja a possibilidade de os profissionais e os serviços manterem uma relação horizontal, tentando quebrar relações verticais que as diretrizes clássicas dos sistemas de saúde sugerem (WAGNER, 2006).

As ações na atenção psicossocial no NASF têm como instrumento o apoio matricial, que “se configura como um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações” (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2010, p. 129).

No cotidiano, isso se executa pela responsabilização compartilhada dos casos que permite regular o fluxo de usuários nos serviços. Através do apoio matricial, torna-se possível distinguir as situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana, que podem ser acolhidas pela equipe de referência e por outros recursos sociais do entorno, daquelas demandas que necessitam de atenção especializada da saúde mental, a ser oferecida na própria unidade ou, de acordo com o risco e a gravidade, pelo CAPS da região de outros serviços.

O matriciamento configura-se numa tecnologia de processo de trabalho em equipes de referência. Um modelo que busca mudar o padrão predominante de responsabilidade nas instituições onde pessoas são responsáveis por atividades; o que se procura aqui é construir a responsabilidade de pessoas por pessoas. Para o Ministério da Saúde, o intuito é formar uma equipe em que os trabalhadores tenham uma clientela sob sua responsabilidade (BRASIL, 2010).

O apoio matricial é uma nova forma de produzir saúde, partindo de uma lógica de construção coletiva, e gerando uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutico (CHIVERINI, 2011). Essa forma de produzir saúde parte da hipótese de trabalhar com pessoas em um processo de reconstrução, e “processos em virtude da interação dos sujeitos com o mundo e dos sujeitos entre si” (CHIVERINI, 2011, p. 13).

Isso dá a possibilidade de desenvolver no matriciamento uma postura reflexiva das experiências feitas dentro de um contexto interdisciplinar, em que cada profissional pode contribuir com um diferente olhar, ampliando a compreensão e a capacidade de intervenção das equipes.

As equipes de saúde da família possuem estreita proximidade com as famílias e as comunidades, sendo um recurso primordial para o enfrentamento das diversas formas de sofrimento psíquico. Segundo Figueiredo e Campos (2010):

A Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde estimam que quase 80% dos usuários encaminhados aos profissionais de saúde mental não trazem, a priori, uma demanda específica que justifique a necessidade de uma atenção especializada. Neste sentido, o Apoio Matricial da Saúde Mental seria potente para propiciar maior consistência às intervenções em saúde em geral e em Saúde Mental em particular. (FIGUEIREDO, CAMPOS, 2010, p. 129)

Portanto, através de discussões clínicas conjuntas com as equipes ou mesmo mediante intervenções realizadas pelos profissionais de saúde mental, haverá uma considerável contribuição para o aumento da capacidade resolutiva das equipes, qualificando-as para uma atenção ampliada em saúde que contemple a totalidade da vida dos sujeitos (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2010).

Essas ações conjuntas, discussões de casos e intervenções coletivas, acontecem em uma dimensão pedagógica. A troca de diálogo constante, de ideias e percepções estimula o processo criativo de cada profissional, multiplicando saberes sobre determinado objeto. Isso quebra a lógica do saber individual, em que o único capaz de lidar com determinadas situações seria o especialista.

Na atenção psicossocial a troca de conhecimento é fundamental, pois dessa forma é “possível evitar práticas que levam à “psiquiatrização” e à “medicalização” do sofrimento e, ao mesmo tempo, promover a equidade e o acesso, garantindo coeficientes terapêuticos de acordo com as vulnerabilidades e potencialidades de cada usuário” (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2010, p. 130). Isso porque os momentos de discussão de caso, da consulta compartilhada e da interconsulta abrem oportunidades para diferentes ideias se contraporem, posições sejam do saber científico ou popular se mesclam a fim de buscar o bem estar do usuário, mas isso só é possível se os profissionais envolvidos oportunizarem essa prática.

Para a operacionalização do apoio matricial há ações nomeadas como sendo de cunho pedagógico, estabelecidas pelas políticas e diretrizes que propõem mecanismos para instrumentalizar a execução do apoio matricial.

Instrumentos do Processo de Matriciamento

O guia prático de matriciamento em saúde mental, realizado por uma equipe do Ministério da Saúde, destinado para capacitar profissionais da saúde geral que atuam no nível dos cuidados primários ou básicos de saúde, aponta quais ações fazem parte do apoio matricial.

Segue tabela com as ações apontadas pelos cadernos e que estão imbricadas no âmbito pedagógico do matriciamento em saúde mental:

Tabela 4 – Ações no Apoio Matricial em Saúde Mental

Projeto Terapêutico Singular	Entendido como um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas em discussão coletiva interdisciplinar. É um dispositivo para o planejamento das ações em saúde na Estratégia de Saúde da Família, especialmente nos serviços onde o trabalho está organizado na lógica de Apoio Matricial e Equipe de Referência.
Interconsulta	A interconsulta caracteriza-se por uma ação colaborativa entre profissionais de diferentes áreas. Existem diversas modalidades de interconsulta, que vão desde uma discussão de caso por parte da equipe ou por toda ela até as intervenções, como consultas conjuntas e visitas domiciliares conjuntas.
Consulta conjunta	É uma técnica de aprendizagem em serviço voltada a dar respostas resolutivas a demandas da assistência à saúde que reúne, na mesma cena, profissionais de saúde de diferentes categorias, o paciente e, se necessário, a família deste.
Visita Domiciliar Conjunta	Conjunto de ações em saúde voltadas para o atendimento, seja ele assistencial ou educativo, sendo realizado no domicílio do usuário (a).
Contato a distância: Uso do telefone e de outras Tecnologias de Comunicação	Os diálogos podem ser realizados através de tecnologias entre os profissionais, como e-mails e ligações.
Genograma	Informação sobre os membros de uma família e suas relações por pelo menos três gerações.
Ecomapa	Complementa o genograma, que avalia as relações intrafamiliares. Pode ser definido como uma visão gráfica do sistema ecológico de uma determinada família, permitindo que os padrões organizacionais e suas relações com o meio sejam avaliados.

Fonte: Baseado em Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

As ações acima, que o matriciamento propõe trabalhar em saúde mental, pertencem a todo o campo da saúde e não exclusivamente a uma única especialidade. Essa abrangência propicia à APM um trabalho interdisciplinar, com práticas que envolvem intercâmbio e construção do conhecimento de diferentes campos das práticas em saúde.

Essas formas de trabalho do matriciamento possuem características de um modo de produzir saúde em uma “perspectiva do pensamento construtivista que trabalha com a hipótese de uma eterna reconstrução de pessoas e processos em virtude da interação dos sujeitos com o mundo e dos sujeitos entre si”. (CHIAVERINI *et al.* 2011, p. 120). Essas habilidades podem se desenvolver no matriciamento pela elaboração reflexiva das experiências feitas dentro de um contexto interdisciplinar, em que cada profissional pode contribuir com um diferente olhar, ampliando a compreensão e a capacidade de intervenção das equipes (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2010).

As ações técnico pedagógicas possuem uma forte característica: são realizadas em duas ou mais pessoas. Então, ao se ler as diretrizes da APM, pode-se entender que há uma separação quando se detalha a política do matriciamento – apoio técnico pedagógico e as ações de assistência direta ao usuário. Dentre vários aspectos que a dimensão pedagógica produz, buscou-se saber neste estudo o quanto as práticas técnico pedagógicas entre profissionais os preparam para um melhor atendimento individual com o usuário, se tais práticas formam e reformam o profissional gerando instrumentos inovadores para o enfrentamento do sofrimento psíquico.

Na relação profissional entre dois ou mais agentes podem surgir tensões no campo do trabalho, de modo que a exigência de compartilhamento de conhecimento, por vezes, pode gerar relações conflituosas nos trabalhadores, suscitando dificuldades no compartilhamento de saberes. O desafio está em “reformar” ou transformar essas relações. Os profissionais por vezes estão engessados em estruturas de conhecimento e práticas em saúde, e o campo de trabalho quase se assemelha a um cabo de guerra. Todos querendo apontar resolubilidade, porém cada qual do seu jeito e com pouca disposição para aprender outras formas de atuação.

Para melhor entender o contexto de trabalho dos profissionais entrevistados nesta pesquisa, procurei escrever sobre a atenção psicossocial e como ela se desenvolveu no Brasil até chegar na APS. Como já discutido no capítulo da Atenção Primária, o trabalho nessa concepção de saúde é voltado para uma prática social, razão pela qual o presente trabalho aborda também qual contexto social estamos vivendo e enfrentando atualmente.

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

O Cenário da Atenção Psicossocial no Brasil

A saúde mental não está dissociada da saúde geral. Por tal razão é preciso reconhecer que as demandas de saúde mental estão presentes em diversas queixas relatadas pelos pacientes que chegam aos serviços de saúde, em especial da atenção básica, já que esta se caracteriza como a porta principal da rede de atenção à saúde. Portanto, os profissionais deste espaço tem o desafio de perceber e intervir sobre essas demandas.

Proponho iniciar este capítulo sobre atenção psicossocial, contextualizando um pouco o momento das nossas sociedades. Pois, na atenção psicossocial, acredito que seja necessário ampliar mais o diálogo sobre como é a dinâmica do sofrimento psíquico, sobre seus determinantes – bio psíquico social – já que ao falar “atenção psicossocial” estamos falando

[...] de uma rede de relações entre sujeitos, sujeitos que se escutam e cuidam – médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, dentre muitos outros atores que são evidenciados neste processo social complexo – com sujeitos que vivenciam as problemáticas – os usuários e familiares e outros atores sociais. (AMARANTE, 2007, p. 84)

O momento que as sociedades vivem em relação ao sofrimento psíquico é alarmante. As demandas por recursos para tratamentos das mais diversas formas de expressão do sofrimento mental são inúmeras. Segundo a OMS (2003, p. 19):

Os problemas de saúde mental ocupam cinco posições no ranking das 10 principais causas de incapacidade no mundo, totalizando 12% da carga global de doenças. Atualmente, mais de 400 milhões de pessoas são acometidas por distúrbios mentais ou comportamentais e, em virtude do envelhecimento populacional e do agravamento dos problemas sociais, há probabilidade de o número de diagnósticos ser ainda maior. Esse progressivo aumento na carga de doenças irá gerar um custo substancial em termos de sofrimento, incapacidade e perda econômica.

As mudanças no estilo de vida das populações, nos valores sociais, no consumo, bem como a transição demográfica nos países, trazem como consequências mudanças demográficas, sendo o aumento concomitante na incidência e prevalência de problemas crônicos de saúde (OMS, 2003). Além disso, neste último século, as expectativas de vida tiveram um aumento de cerca de 30 a 40 anos em países desenvolvidos. Essa longevidade se deve, em parte, aos avanços científicos e tecnológicos, bem como a uma melhora substancial nos parâmetros da saúde pública ao longo dos últimos 100 anos.

Porém, os sistemas de saúde, bem como os profissionais envolvidos na gestão ou atendimento direto aos usuários, precisam estar alertas a essas mudanças significativas da sociedade, pois impactam diretamente na saúde de cada indivíduo, gerando novos diagnósticos epidemiológicos das populações. O rápido aumento do urbanismo das cidades, com pouquíssimo planejamento, tem igualmente contribuído para as condições de doenças crônicas devido às situações precárias como habitação, mobilidade urbana, acesso a lazer etc. “Os centros urbanos de nações em desenvolvimento, que já possuem conjuntos de habitações populares ilegais onde vivem populações carentes, contribuíram com um adicional de 750 milhões de pessoas entre os anos de 1985 e 2000” (OMS, 2003, p. 23).

O problema desse crescimento acelerado é a falta de meios e serviços para o “pobre urbano”, os quais são essenciais para uma boa saúde. Essas carências envolvem habitação, infra-estrutura (estradas, água encanada, saneamento, sistema de esgoto e eletricidade), além de serviços básicos (coleta de lixo doméstico, atenção primária à saúde, educação e serviços emergenciais de resgate). Paralelo à migração populacional do campo para as cidades, verifica-se um extraordinário aumento na propaganda e promoção de produtos nocivos à saúde nos países em desenvolvimento, como alimentos ricos em toxinas, gorduras e açúcares. Entram também nesta lista indústrias que comercializam cigarro, álcool e o tráfico ilegal de drogas (OMS, 2003). Tudo isto acarreta perigos à saúde, à economia e ao bem-estar social dos países e suas populações.

Segundos dados da Organização das Nações Unidas (2013) apesar de uma parcela da população mundial considerada extremamente pobre tenha passado de 47% para 22%, mais de 1,2 bilhão de pessoas continuam a viver nessa condição. A cada oito indivíduos, pelo menos um não tem acesso regular a quantidades suficientes de alimento para suprir suas necessidades energéticas. Além disso, mais de 100 milhões de crianças continuam em estado de desnutrição, enquanto 165 milhões são raquíticas.

No Brasil tivemos uma redução considerável da pobreza nos últimos dez anos, entretanto sofremos absurdamente com a violência no país, dos 475 mil homicídios ocorridos em 2012 no mundo todo, 47.136 foram registrados no Brasil, segundo relatório sobre prevenção global da violência lançado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e outras agências da ONU, o índice brasileiro representa 10% do global.

Ainda sobre o Brasil, o documento detalha que entre os casos de emergência relacionados a violência atendidos no país durante um mês 4.835 são casos de ferimentos violentos, sendo que 91% deles são de vítimas de violência interpessoal, enquanto 9% são o resultado de violência auto direcionada. O documento é baseado em pesquisa em 133 países e 6,1 bilhões de pessoas (88% da população mundial). Os dados foram fornecidos pelos próprios governos e posteriormente checados por uma equipe independente.

O atual cenário da violência no Brasil em números é apontado pela OMS como uma situação de guerra civil. Sim, estamos vivendo diariamente uma guerra, e é impossível falar de atenção psicossocial sem mencionar essa realidade.

A pobreza favorece as condições crônicas, porquanto influencia e é determinante crucial para a situação de saúde. No que se refere à saúde mental, no Brasil, esse fato tem sido associado a taxas mais altas de distúrbios mentais, pois os ambientes em que os pobres vivem e trabalham estão relacionados a piores condições de saúde. Maior exposição a agentes patológicos, maior suscetibilidade e comportamentos pouco saudáveis são circunstâncias que interagem e afetam a condição de saúde desses indivíduos.

Isso ocorre tanto nos países em desenvolvimento quanto nos desenvolvidos. O ambiente de trabalho do pobre tende a ser mais cansativo e a colocá-lo em situação de maior risco de traumatismos em virtude de acidentes de trânsito ou de se expor a substâncias nocivas. Nos países em desenvolvimento, em particular, a poluição e a os indivíduos com menor poder aquisitivo, em geral, não têm acesso aos serviços de saúde ou a medidas preventivas que, por sua vez, têm relação com resultados precários de saúde e agravamento das condições crônicas.

Os pobres correm o risco de empobrecer ainda mais quando enfrentam problemas de saúde ou uma crise de saúde no ambiente doméstico. Normalmente, estão inseridos em um círculo vicioso de pobreza e saúde precária.

O que tudo isso tem a ver com este trabalho? É nesse panorama que os profissionais do SUS estão atuando. Estão precisando lidar com o sofrimento psíquico que perpassa o sofrimento social diário que todo o cidadão brasileiro está exposto. Em particular os profissionais que trabalham na atenção primária em saúde, em comunidades, especialmente os profissionais desta pesquisa, atuam com populações que beiram a miséria. Desafiante para eles que necessitam driblar o caos social e tratar o “patológico” sem patologizar o que é social.

A forma como se construiu a oferta de serviços em saúde mental no Brasil traz respostas e esperança de como prosseguir na atuação no SUS sem institucionalizar as pessoas na normalidade da doença e promover mudanças nos determinantes do sofrimento. Buscar um movimento de trabalhadores em saúde mental mais fortalecido, crítico-reflexivo e ativo parece ser uma resposta para as tantas perguntas que faço quando penso sobre as fragilidades da atenção psicossocial no Brasil, e por isso escrevi um pouco sobre pontos importantes da história na atenção psicossocial brasileira.

Um pouco do contexto histórico

A atual política brasileira de saúde mental é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da saúde iniciada na década de 1970 com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios e a forma de pensar o sujeito com sofrimento psíquico. Essa luta gerou a conquista da troca de um modelo de saúde mental baseado no hospital psiquiátrico por um modelo de serviços comunitários com inserção territorial.

Para realizar essa pesquisa, foi necessário ir até a história da psiquiatria no Brasil e no mundo, realizando-se leituras exaustivas de clássicos como Basaglia, Rotelli, Goffmann, Foucault, Laing etc., na ânsia de melhor entender a loucura e como a sociedade a tem tratado.

Quanto mais aprofundi o contexto histórico da psiquiatria no Brasil, mais percebi a importância dos profissionais serem adequadamente formados, ou terem acesso nas escolas de saúde mental (medicina, psicologia, enfermagem, serviço social etc.) sobre o processo histórico do tratamento dado às pessoas com sofrimento psíquico. Pouco se fala e se ouve nas salas das universidades ou nos corredores de instituições de saúde sobre quem foram essas pessoas que buscaram o atual modelo de serviço em atenção psicossocial ofertado atualmente.

Como poderei entender a loucura do outro se nem ao menos sei o que é a loucura? Ou qual é a minha loucura? Não seria tão insano quanto louco pensar a loucura de uma só forma? Ou analisar o sofrimento do outro tendo somente um manual altamente científico para orientação? Estas questões foram importantes no meu processo de formação profissional, para me impulsionar a buscar diferentes respostas para o meu entendimento da loucura. Trago aqui pontos que considere importantes do processo histórico da atenção psicossocial no Brasil.

Passamos por várias experiências municipais na década de 80 que tinham como meta iniciar a desinstitucionalização de moradores dos manicômios criando serviços de atenção psicossocial. Para isso foram fechados hospitais psiquiátricos à medida que se alargavam serviços de cuidado tanto longitudinal quanto intensivo para os períodos de crise. Cuidar dos portadores de transtornos mentais passa a ser um exercício de cidadania e não somente o controle de sua sintomatologia.

O Brasil iniciou sua organização dos serviços na psiquiatria inspirado nos conceitos da psiquiatria europeia, como degenerescência moral, organicidade e hereditariedade do fenômeno mental, que a psiquiatria brasileira intervém no comportamento considerado como desviante e inadequado às necessidades do acúmulo de capital, isolando-o e tratando-o no hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2007).

O manicômio, dentre outros dispositivos disciplinares igualmente complexos, atravessou séculos até os nossos dias, conformando uma sociedade disciplinar com dispositivos disciplinares complementares num processo de legitimação da exclusão e de supremacia da razão. Erving Goffman nos clareia muito bem o objetivo do manicômio, o classificando dentro do que é instituição total:

A instituição total é um híbrido social, parcialmente comunidade residencial, parcialmente organização formal, aí reside seu especial interesse sociológico. A também outros motivos que suscitam o nosso interesse por esses estabelecimentos. Em nossa sociedade, são as estufas para mudar pessoas, cada uma é um experimento natural sobre o que se pode fazer ao eu. (GOFFMAN, 2013, p. 22)

Diante deste contexto vários movimentos no país nasceram procurando romper com a tradição manicomial, principalmente após o fim da segunda guerra mundial. Na década de 60, com a unificação dos institutos de pensões e de aposentadoria, é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado e concilia pressões sociais com o interesse de lucro por parte dos empresários. Dessa forma, cria-se uma “indústria para o enfrentamento da loucura” (AMARANTE, 1995, p.13).

Por mais que este sistema privado estava se estabelecido e se consolidando, somente fortificou o movimento da reforma psiquiátrica por trabalhadores sensibilizados, que almejavam mudanças no cenário manicomial da época e foram inspirados com a experiência de Trieste, na Itália, liderada por Franco Basaglia.

Basaglia, em 1971, fecha os manicômios na Itália, acabando com a violência dos tratamentos e põe fim no aparelho da instituição psiquiátrica tradicional. Marco de sua luta foi a publicação da Lei 180, em 13 de maio de 1978, de autoria de Basaglia, e incorporada à lei italiana da reforma sanitária, que não só proíbe a recuperação dos velhos manicômios e a construção de novos, como também reorganiza os recursos para a rede de cuidados psiquiátricos, promovendo a restituição da cidadania e os direitos sociais dos doentes.

Basaglia demonstra que é possível uma nova forma de organização da atenção que ofereça e produza cuidados, ao mesmo tempo que produza novas formas de sociabilidade e de subjetividade para aqueles que necessitam da assistência psiquiátrica. Mas para isso ser atingido orienta em sua visita ao Brasil que:

Quando dizemos não ao manicômio, estamos dizendo não a miséria do mundo, e nos unimos a todas as pessoas que no mundo lutam por uma situação de emancipação. Nesse momento, nós não somos mais uma sociedade de psicodrama, nem uma comunidade da criança, nem uma sociedade de psiquiatria social. Somos pessoas unidas que lutam pela liberdade real do mundo. (BASAGLIA, p. 29, 1979)

O Brasil mergulhou na experiência da Itália e fomentou diversas discussões que tratavam da desinstitucionalização do portador de sofrimento mental e da humanização do tratamento a essas pessoas, com o objetivo de promover a reinserção social.

Sendo assim, na década de 70 são registradas várias denúncias tanto contra a política brasileira de saúde mental em relação à política privatizante da assistência psiquiátrica por parte da previdência social, quanto às condições (públicas e privadas) de atendimento psiquiátrico à população.

Nasce então, a partir do movimento dos trabalhadores em saúde mental, a busca por uma reforma psiquiátrica no Brasil. Pequenos núcleos estaduais, principalmente nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais constituem o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). A questão psiquiátrica é colocada em pauta e “... tais movimentos fazem ver à sociedade como os loucos representam a radicalidade da opressão e da violência imposta pelo estado autoritário” (ROTELLI *et al*, 1992, p. 48). A violência das instituições psiquiátricas, dessa forma, é entendida como parte de uma violência maior, cometida contra trabalhadores, presos políticos e, portanto, contra todos os cidadãos.

O movimento de reforma sanitária tem influência constitutiva no movimento de reforma psiquiátrica. Nos primeiros anos da década de 80 os dois movimentos se unem, ocupando os espaços públicos de poder e de tomada de decisão como forma de introduzir mudanças no sistema de saúde (AROUCA, 1988 p. 2).

Um modelo de atenção coerente com as diretrizes da então nova Constituição Federal pressupõe o fortalecimento do poder público, capacitando-o a implementar políticas de impacto articuladas e integradas nas diversas áreas, buscando melhoria na qualidade de vida. A saúde, dessa forma, passa a ser entendida de forma ampla, determinada socialmente e, portanto, como sendo fruto de políticas de governo que promovam condições adequadas de vida ao conjunto da população. Todos esses avanços foram originados pelo movimento de Reforma Sanitária. Ao mesmo tempo que o movimento de reforma psiquiátrica se articula ao de Reforma Sanitária, ele continua com suas atividades questionadoras e transformadoras.

Na década de 80, ocorrem vários encontros de preparação para a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), que ocorreu em 1987, e recomenda a priorização de investimentos nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais como oposição à tendência hospitalocêntrica. No final de 1987 realiza-se o II Congresso Nacional do MSTM em Bauru, no qual se concretiza o Movimento de Luta Antimanicomial e é construído o lema ‘por uma sociedade sem manicômios’. Nesse congresso amplia-se o sentido político-conceitual acerca do antimanicomial.

Enfim, a nova etapa (...) consolidada no Congresso de Bauru, repercutiu em muitos âmbitos: no modelo assistencial, na ação cultural e na ação jurídico-política. No âmbito do modelo assistencial, esta trajetória é marcada pelo surgimento de novas modalidades de atenção, que passaram a representar uma alternativa real ao modelo psiquiátrico tradicional. (AMARANTE, 1995, p.82)

Então, é elaborado o Projeto de Lei nº 3.657/89, conhecido como Lei Paulo Delgado, que propõe: “deter a oferta de leitos manicomiais financiados com dinheiro público, redireciona os investimentos para outros dispositivos assistenciais não-manicomiais e torna obrigatória a comunicação oficial de internações feitas contra a vontade do paciente oferecendo”.

Em 1990, a conferência ‘Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en la Región’, promovida pelas Organizações Panamericana e Mundial de Saúde (OPS/OMS), em Caracas, proclama a necessidade premente de reestruturação imediata da assistência psiquiátrica pela adequação das legislações dos países de forma que “(...) assegurem o respeito dos direitos humanos e civis dos pacientes mentais e promovam a reorganização dos serviços que garantam o seu cumprimento”. Essa conferência tem como ponto principal demarcar a crescente tendência internacional de superação dos velhos modelos de psiquiatria e reforma psiquiátrica.

Diante de todo este contexto mundial, o Brasil passa a substituir os manicômios, criando, então, os serviços substitutivos no campo da assistência. Nesse contexto, a Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992, do Ministério da Saúde estabelece as diretrizes para o atendimento nos serviços de saúde mental, normatizando vários serviços substitutivos como:

[...] atendimento ambulatorial com serviços de saúde mental (unidade básica, centro de saúde e ambulatório), Centros e Núcleos de atenção psicossocial (CAPS/NAPS), Hospital-Dia (HD), Serviço de urgência psiquiátrica em hospital-geral, leito psiquiátrico em hospital-geral, além de definir padrões mínimos para o atendimento nos hospitais psiquiátricos, até que sejam totalmente superados.

Por sua vez, a Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, do Ministério da Saúde, cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em saúde mental para pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos. Além desses serviços, existem os Centros de Convivência, as Cooperativas de Trabalho, dentre e outros criados por municípios. E a Portaria nº 2.840, de 29 de dezembro de 2014, cria o programa de desinstitucionalização integrante do componente estratégias de desinstitucionalização da RAPS, no âmbito do SUS, e institui o respectivo financeiro de custeio mensal.

Estabelecidas essas diretrizes na virada das décadas de 1980 e 1990, observou-se nos últimos vinte anos forte desenvolvimento para aprimorar os serviços em saúde mental, principalmente para poder atender às diferentes esferas de assistência do SUS. Para que isso pudesse ocorrer, foi necessário organizar serviços abertos, com a participação ativa dos usuários e formando redes com outras políticas públicas.

Como resultado do desenvolvimento de uma rede de atenção psicossocial, na busca de legitimar os serviços, em 2001 foi sancionada a Lei nº 10.216/2001, resultado da proposta da Lei Paulo Delgado, que afirma os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

É preciso que as ações em saúde mental aconteçam em rede na lógica da integralidade em todos os níveis de atenção à saúde, articulando-se com outras políticas sociais, valorizando os setores da cultura, educação, trabalho, assistência social etc. Na última década, com o avanço das Políticas de Saúde Mental, ampliou-se a oferta de serviços substitutivos, com a criação/institucionalização de Residências Terapêuticas, Centros de Convivência, Centros de Atenção Psicossocial Infância juvenil (CAPSi), Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPS AD), Centros de Atenção Psicossocial 24 horas (CAPS III), Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral e etc.

Nos últimos anos, o Brasil obteve o fortalecimento na criação de políticas públicas para fortalecer as ações na atenção psicossocial, que propiciou o surgimento de experiências de diversificação e expansão de dispositivos assistenciais como: consultório na rua, Casas de Acolhimento Transitório, Escolas de Redutores de Danos e ampliação da rede no combate ao uso de álcool e drogas.

É necessário refletir sobre o que já se realiza cotidianamente e o que o território tem a oferecer como recurso aos profissionais de saúde para contribuir no manejo dessas questões. Algumas ações de saúde mental são realizadas sem mesmo que os profissionais as percebam em sua prática.

O NASF é o braço que pode reformar o cuidado na saúde mental na atenção básica. Possui uma estratégia de trabalho que são arranjos organizacionais e um método de gestão de trabalho em saúde que tem como meta ampliar o leque de possibilidades para uma clínica ampliada e relações de trabalho dialógicas entre as profissões.

Os profissionais encontram muitos desafios relacionados à saúde mental na APS. A presente pesquisa mostrou muitas dificuldades de implantar essa forma diferenciada de cuidar. Não faz muito tempo que os currículos nas universidades mudaram para formar melhores profissionais para trabalharem no SUS. Porém, ainda se sofre com uma formação pautada no “super especialista” e na competição de mercado, gerando assim posturas e intervenções individualistas. Para Oliveira (2008), a formação dos profissionais em saúde mental precisa superar essa lógica:

A formação dos profissionais de Saúde Mental, entretanto, ainda se constitui explícita e, às vezes, sub-repticiamente como uma antítese das propostas das reformas Sanitária e Psiquiátrica. O profissional está, via de regra, à mercê de currículos que marginalizam a Saúde Mental e o submetem à psicopatologia tradicional, privilegiam procedimentos clínicos quase que exclusivamente aplicáveis a consultórios e ambulatórios tradicionais e promovem a medicalização da vida cotidiana, o que vai além da corriqueira medicação, passando para toda uma postura cultural que transforma condições sociais e culturais em problemas de ordem médica. (OLIVEIRA, 2008, p. 41)

A desinstitucionalização não é somente tirar as pessoas do manicômio. Muito mais que isso, propõe superar a lógica da normalização das pessoas, que consiste em criar regras de comportamento, promovendo o controle e a capacidade de produção em favor dos mecanismos do sistema capitalista. Sendo assim, proponho discutir o fazer da clínica, e refletir seu lugar no cuidado em saúde mental.

Urgência em Repensar e Refazer a Clínica

Como fazer uma prática clínica em saúde mental que seja libertadora e reabilitadora? Ouso afirmar que essa é uma questão que deveria nortear todas as intervenções dos profissionais. Vou partir da fala de R. D. Laing que sugere que uma boa prática clínica só pode acontecer se

...nossa visão do outro depende da boa vontade em convocar todas as forças de todos os aspectos de nós mesmos no ato da compreensão. Parece também que precisamos orientar-nos para essa pessoa de modo a nos deixar aberta a possibilidade de compreendê-la. (LAING, p. 33, 1969)

Parece-me que o cuidado na prática em saúde, exige do trabalhador um “desejo de entender o outro”, um gosto pela empatia e uma busca constante por auto compreensão. E nem sempre todos estão inclinados a tudo isto.

Para fomentar essa prática diferenciada em saúde, onde os afetos são expressos e o tratamento visiona fora de quatro paredes, nasce uma proposta chamada de Clínica Ampliada.

A proposta de Clínica Ampliada se direciona a todos os profissionais que fazem clínica, ou seja, os profissionais de saúde na sua prática de atenção aos usuários. Toda profissão faz um recorte, um destaque de sintomas e informações, cada uma de acordo com seu núcleo profissional. (LANCET, 2006).

Ampliar a clínica significa ajustar os recortes teóricos de cada profissão às necessidades dos usuários. A discussão em equipe de casos clínicos, principalmente se mais complexos, é um recurso clínico e gerencial importantíssimo. A existência desse espaço de construção da clínica é privilegiada para o apoio matricial e, portanto, para o trabalho dos profissionais do NASF.

Porém diante das falas dos profissionais e a forma que a psiquiatria tem tomado espaço no Brasil, a clínica ainda é um desafio. É preciso debater constantemente a prática da clínica ampliada com os profissionais atuantes no SUS.

A clínica ampliada se trata também do olhar que se tem sobre o sujeito. Por vezes, este olhar se encontra reducionista e a demanda no consultório se torna unicamente causada pela passividade do usuário. Por exemplo, se não podemos mudar a sociedade, nem as condições de trabalho, dinâmica familiar, então a causa do sofrimento é apenas orgânica; isto é, é o sujeito que não dá conta da demanda. Pode ser que também não desenvolveu mecanismos adaptativos suficientes para tais situações.. O que resta para os profissionais é ajudar este sujeito a se encaixar na máquina produtiva de alguma forma, o ajudando a se erguer sozinho, com técnicas, métodos ou medicamentos que dependem dele ou dela somente.

O Brasil tem colecionando experiências interessantes de como fazer a clínica ampliada na atenção psicossocial; porém ainda não é a hegemonia e os relatos são contáveis. O que tem predominado na prática e no discurso dos profissionais é que por vezes estamos presos a uma clínica tradicional, sabe-se que ousar é preciso, mas dar passos mais largos pode ser um pouco assustador.

Ao fazer uma busca em periódicos, a quantidade de artigos publicados no âmbito da psiquiatria e medicina, com abordagens de tratamento baseadas única e exclusivamente no tratamento medicamentoso ou terapias singulares, quase receitas de como atingir a remissão dos sintomas geralmente prometem grande eficácia. Os profissionais são bombardeados diariamente com promessas científicas de cura e bem estar emocional. É tempo de questionar a validade destas estratégias.

A criatividade precisa ser explorada no fazer terapêutico. Entretanto, os profissionais se encontram cansados devido à hiper demanda, às péssimas condições de trabalho e à frustração política que assombra o país. Os profissionais são constantemente pregados na lógica do poder médico sanitário, bem formado, com um jaleco branco com laureas de cientistas. É incrível o poder de um jaleco branco, quando vestido, se transformar quase que numa capa super poderosa, inflando egos e mentes, oferecendo a certeza de que, quem o veste, sabe o que está fazendo e logo detém o saber todo e necessário para tratar e curar o doente. No entanto, a prática cotidiana por vezes denuncia a deficiência dessa visão. Quem opta por trabalhar na saúde precisa ter sede de cuidado, um gosto pelo ser humano, uma curiosidade pela subjetividade.

Ainda nessa ótica de poder, na ocorrência da sensação de impotência diante do sofrimento social dos sujeitos, acaba por se buscar dar outros nomes, pois estes nomes carregam um tratamento, uma receita de melhora, um protocolo que quem sabe pode ajudar o usuário, uma promessa. Então, conforme o saber aprendido dos profissionais, estes nomeiam de depressão, transtornos de ansiedade, transtornos de personalidade e por aí vai. Para cada receita, um remédio, uma promessa de melhora.

Parece que estamos todos presos unicamente à racionalidade, no sentido que o saber técnico recortado é hermeticamente suficiente a dar conta das demandas em saúde, ou melhor, o saber técnico é mais seguro, pois carrega um emaranhado de evidências ditas científicas. E quem não quer se sentir seguro do que faz? Não é diferente para quem trabalha na saúde.

O jeito tradicional de pensar a medicina, ou o saber aplicado da saúde, é fundamentado no conhecimento científico, uma prática tecnológica baseada em evidências comprovadas pela ciência (CAMPOS, 2007). Isto vale ser questionado, embora a saúde seja uma prática técnica, pois usa diversos instrumentos científicos para mudar objetos, um corpo, faz isso num campo que é determinado por forças sociais, econômicas e políticas. Sendo assim, a saúde é uma prática técnica e social (CAMPOS, 2007).

No âmbito da clínica psicossocial, é preciso pensar a relação da teoria com a prática. Muito se tem pensando em como reduzir sintomas, menos ansiedade, menos choro, mais sono; pouco tem-se aplicado na prática movimentos que mudam os determinantes do sofrimento mental.

No discurso dos profissionais é evidente de quais determinantes estamos falando: violência, drogas, o trânsito etc., mas percebo um movimento de aceitação destes determinantes, no sentido de que não se pode mudar isso, passando-se a arranjar formas de reduzir os sintomas gerados pelo caos social. Para Paulo Amarante (p. 63, 2007) “é preciso pensar o campo da saúde mental e a atenção psicossocial não como um modelo ou sistema fechado, mas sim como um processo; um processo que é social, e um processo social que é complexo”.

Não reduzo aqui a importância da racionalidade técnica no campo da saúde mental, nela é possível encontrar uma variedade de possibilidades para ajudar o sujeito com sofrimento mental. Não podemos cair na “lógica uma coisa ou outra”, ou as técnicas terapêuticas ou o movimento social. Mas sim o desafio de casar esses dois lados, um diálogo aberto sobre como promover o bem-estar através da tecnologia científica e da prática social.

Quando se opta pelo extremismo se produz assim uma clínica psicossocial caótica e impotente. Para Campos, é necessária uma reflexão com base em filosofias da prática, do campo das práticas sociais, a relação linear entre saber e fazer que possuem uma eficácia comprometida conforme aponta o autor:

Aristóteles recomendava que nessas situações a racionalidade que comandaria a relação entre saber e prática seria a da práxis. Ele cita três campos de atividades – a política, a ética (justiça) e a clínica - onde o pensar e o agir técnicos não seriam suficientes ao atendimento das finalidades básicas destas práticas. (CAMPOS, 2007)

O autor recomenda acrescentar a essa lista a pedagogia, a gestão, o cuidado e o autocuidado, a amizade, o lazer, práticas amorosas, entre outras. Pois todas essas práticas sociais têm em comum o fato de que são práticas relacionais, em que o agente e o objeto sobre o qual se atua são pessoas.

A clínica na atenção psicossocial é o trabalho de humanos sobre humanos, é um cuidar de si e de outros. Portanto, é essencial buscar a razão teórica juntamente com a prática que traduz a compreensão da ação humana.

Precisamos de um pouco mais de afeto. Pensar mais sobre o que é amor, ciúmes, a angústia. Profissionais sem medo das emoções e de tocar o outro. Um caminho a ser pensado. Como trabalhar com saúde mental sem sentir? Sem envolver e cuidar? Para Lancet, o ato clínico se sustenta numa relação de força, são duas forças: o poder médico, o pertencer a uma organização sanitária, e a força afetiva, produzida pelo encontro: “Esse encontro é capaz de furar o cerco da separação fundamental porque é capaz de ingerência enquanto relação pré significativa, ou pela capacidade de afetar e ser afetado em processos de subjetivação e dessubjetivação, (LANCET, p. 102, 2008)

O mesmo autor aponta que estas forças são fundamentais na práxis do terapeuta. É o terapeuta que vai habitar no limite entre o muro do hospício e o lado de fora. É o profissional que vai produzir essa tensão, buscando a libertação dos sofridos das grades manicomial, trazendo-os para outras possibilidades de vida.

Na busca por essa clínica transformadora, parte-se para a dimensão pedagógica, tentando encontrar instrumentos e possibilidades de reformar as relações de trabalho na saúde com o intuito de aprimorar os serviços, em especial o APM.

A DIMENSÃO PEDAGÓGICA

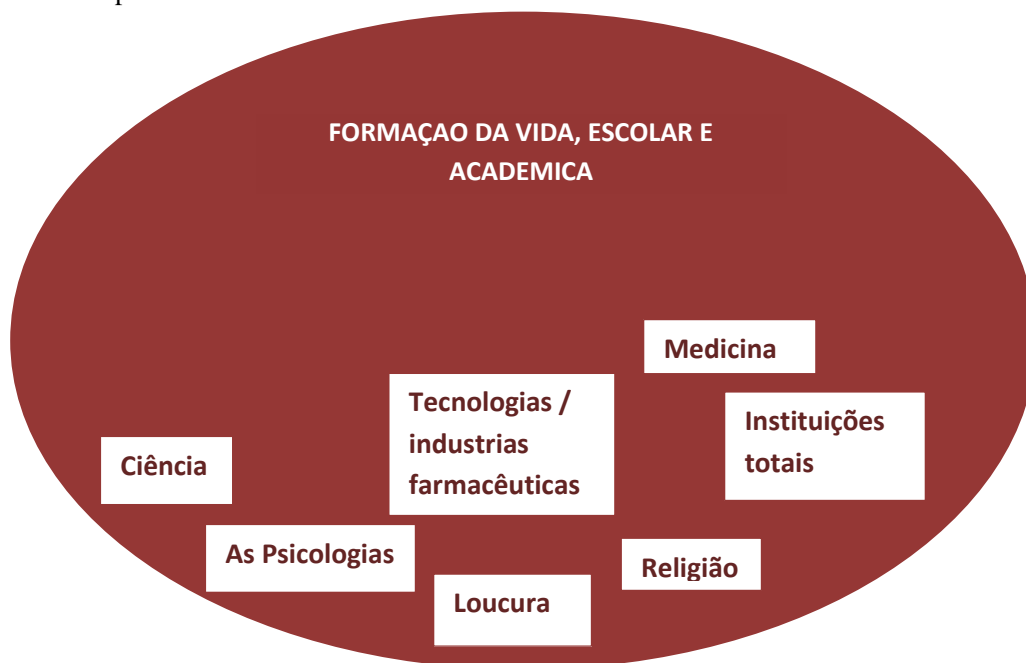
A pedagogia se trata da ciência da educação. Acopla os métodos de ensino, teorias e ideias. Quando se propõe ensinar algo, falamos de um esboço de trocas de saberes.

Saberes que cada sujeito construiu em sua trajetória escolar, acadêmica e da vida. Quando o profissional do matriciamento se propõe a discutir um caso, eis um momento em que dois ou mais sujeitos irão refletir, questionar e idealizar formas e fórmulas para ajudar ou “solucionar” um caso, onde o campo da racionalidade técnica e da compreensão humana se encontram.

O trabalho em equipe é um dos desafios que se coloca para os profissionais do NASF e da ESF. Esse precisa ser em espaços coletivos e com combinados bem definidos de funcionamento, onde as críticas devem ser feitas e recebidas de forma adequada, num aprendizado contínuo de gerenciamento de conflitos.

Mas esse momento se dá por diversas tensões num determinado campo de saber. Vamos pensar aqui que este campo é o campo da saúde mental, já que o foco da pesquisa é o matriciamento em saúde mental. Este campo é constituído por um conjunto de saberes:

Figura 1 – Campos de saberes.



Os profissionais foram formados dentro deste campo maior (a formação da vida, escolar e acadêmica), porém parte destes saberes que constituem este campo podem prevalecer como únicas verdades para um sujeito, seja como elementos importantes para a construção de outros saberes, seja como componentes para o alcance de posições de poder. Para Pierre Bourdieu, uma das grandes questões que surgem no propósito dos campos (ou dos subcampos) científicos é acerca do grau de autonomia que eles usufruem. “uma das diferenças relativamente simples, mas nem sempre fácil de medir, de quantificar, entre os diferentes campos científicos, isso que se chamam as disciplinas, estará, de fato, em seu grau de autonomia” (BORDIEU, 1997, p. 19).

Portanto, vem a reflexão prática, segundo Bourdieu, o que comanda os pontos de vista, o que comanda as intervenções científicas, os lugares de publicação, os temas que escolhemos, os objetos pelos quais nos interessamos etc. Comanda, ainda, a estrutura das relações objetivas entre os diferentes agentes que são, neste caso, as relações entre os profissionais de saúde, a estrutura das relações objetivas entre os agentes ou “profissionais” que determina o que eles podem e não podem fazer, ou melhor, o que eles ocupam nessa estrutura que determina ou orienta.

Quando pensamos no profissional “médico” temos uma ideia do que referimos a essa posição que ocupa nesse campo (o médico diagnóstica, o médico é o que tem o salário mais alto, ele estudou mais que todos). Então sabemos de onde ele fala, logo pensamos numa intervenção baseada neste lugar da onde o

profissional médico fala. Bourdieu e sua teoria de campo contribuem para entendermos as relações profissionais no campo da saúde e da ciência; ele traz uma forma de olhar que ilumina a estrutura das estruturas dos campos de saberes, sendo que é o que pudemos e soubemos fazer, o trabalho necessário para construir as relações objetivas que são constitutivas da estrutura do campo em questão:

[...] em vez de nos contentarmos em nos reportar ao lugar que supostamente ele ocupa no espaço social global, que a tradição marxista chama de sua condição de classe. Essa estrutura e, grosso modo, determinada pela distribuição do capital científico num dado momento. Em outras palavras, os agentes (indivíduos ou instituições) caracterizados pelo volume de seu capital determinam a estrutura do campo em proporção ao seu peso, que depende do peso de todos os outros agentes, isto é, de todo o espaço. Mas, contrariamente, cada agente age sob a pressão da estrutura do espaço que se impõe a ele tanto mais brutalmente quanto seu peso relativo seja mais frágil. (BORDIEU, 1997, p. 22)

Quando o diálogo do matriciamento acontece, se espera que a junção dos saberes oportunize a criação de uma prática que ajude o usuário em sua demanda. Isso exige uma postura de abertura por parte dos profissionais em acessar o conhecimento do outro e criar uma possibilidade de intervenção. É então um diálogo regado de questionamentos, investigação e propostas. Mas exige algo que aponto como o mais importante: os profissionais precisam referenciar uns aos outros como vindos de um mesmo lugar, sem hierarquias e sem “um sabe mais que o outro”.

Somente se os profissionais se olharem como vindos de um mesmo lugar e reconhecerem que não é linear o saber e que todos possuem em seu arcabouço teórico de diferentes disciplinas, é que as diferenças entre elas vão produzir tensões necessárias para a criação e desenvolvimento de outros saberes. No entanto, os profissionais precisam antes disso o desejo de busca destas tensões necessárias para o desenvolvimento do conhecimento.

O apoio técnico pedagógico é formado por um conjunto de profissionais que não tem, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência. Assim, se a equipe de referência é composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais na condução de problemas de saúde dos clientes, eles deverão acionar uma rede assistencial necessária a cada caso (BRASIL, 2010).

É nesse aspecto que os profissionais do matriciamento precisam perceber as dificuldades de uma equipe nesse campo, exercitar a dimensão técnico-pedagógica a partir das discussões de casos e temas, de forma a compartilhar seu conhecimento específico com a equipe de referência, para que esta possa lidar com esse saber e fazer de todos.

É importante que essa dimensão da política de apoio matricial seja explorada em todos os seus aspectos, investigada e avaliada no seu desenvolvimento na prática. É essa dimensão que permeia o cerne do matriciamento. Se não existir apoio pedagógico, as práticas dos profissionais tendem a se engessar na lógica do encaminhamento ao especialista e a promoção de diálogo entre os profissionais a se esvaecer.

É necessário, portanto, contribuir para efetivação das ações do matriciamento. Porém, no curso dessas ações, pode-se enfrentar desafios decorrentes de formações do “super especialista” e focadas na atuação profissional individualista. É possível investigar e construir, através das relações que surgirão no campo de trabalho, a compreensão de que o conhecimento do especialista é compartilhável entre as equipes de SF e tal conhecimento está em constante aperfeiçoamento.

Trabalhar para ensinar e aprender exige disposição e abertura para o novo, inquietude diante dos desafios, empatia e solidariedade com o próximo. Essa relação entre um e outro é o que se desejou ser investigado aqui. Quanto um quer aprender e o outro ensinar? É possível se ensinar para ensinar? É possível aprender para ensinar? Essas questões são primordiais para avaliar a atuação e as práticas dos profissionais atuantes no matriciamento em saúde mental, sendo um dos objetivos desta pesquisa ir atrás dessas possíveis respostas.

Aprender a Ensinar e Ensinar a Aprender

As ações do matriciamento, como o projeto terapêutico singular, a interconsulta e as reuniões em equipe, envolvem algo essencial: o diálogo. Esse precisa ser o diálogo do aprender e ensinar. Contudo, ensinar não é uma tarefa fácil, assim como estar aberto para aprender.

O espaço do matriciamento intenciona produzir relações de aspectos empáticos, solidários e de troca de saberes. Devem proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos

terapêuticos junto à população. Entretanto, este mesmo espaço pode também produzir tensões nas relações difíceis de serem manejadas. As diretrizes do NASF apontam que

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

Observa-se a ênfase no processo de aprendizagem como dispositivo para a transformação das práticas em saúde e da organização do trabalho. Mas para alcançar uma ampla compreensão deste processo, é necessário pensar sobre o que é aprender e ensinar neste contexto.

Paulo Freire, em sua obra “Pedagogia da Autonomia”, citada no manual de diretrizes do NASF, aponta que:

Se, na experiência de minha formação, que deve ser permanente, começo por aceitar que o formador é o sujeito em relação a quem me considero o objeto por ele formado, me considero como um paciente que recebe os conhecimentos-conteúdos-acumulados pelo sujeito que sabe e a são a mim transferidos. Nesta forma de compreender e de viver o processo formador, eu, objeto agora, terei a possibilidade, amanhã, de me tornar o falso sujeito da "formação" do futuro objeto de meu ato formador. (FREIRE, 1993, p.12)

Freire (1993) problematiza as formas tradicionais de educar, caracterizadas apenas pela transmissão do conhecimento, o depositar o saber no outro, o conhecimento que não necessariamente transforma. É esse “educar” que precisa ser superado, pois “quem forma se forma e re-forma ao formar e quem é formado forma-se e forma ao ser formado” (FREIRE, 1993). E é por esse meio que ensinar não é transferir conhecimentos ou conteúdos nem formar é ação pela qual um sujeito criador dá forma, estilo ou alma a um corpo indeciso e acomodado. “Não há docência sem discência, as duas se explicam e seus sujeitos, apesar das diferenças que os conotam, não se reduzem à condição de objeto, um do outro. Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender. Quem ensina, ensina alguma coisa a alguém”. (FREIRE, 1993, p.12)

É neste trilho que a lógica do matriciamento deveria caminhar. Quando se ensina, se aprende e aprende ensinando. Mas como será essa prática nos NASF em seu dia a dia? Essa resposta precisa ser investigada, pois ainda vivemos uma formação baseada na competição do mercado e muitas vezes os profissionais podem se deparar com grandes desafios ao perceber que precisam ensinar e reaprender.

Buscou-se aqui investigar como é essa dimensão pedagógica do matriciamento em Florianópolis, ao menos um recorte dela. Quais os desafios que os profissionais podem estar encontrando para o ensinar *versus* aprender. Quais as inovações e percepções estão se produzindo neste campo. Poucas pesquisas exploraram esta dimensão, como se observou na revisão de base de dados. É necessário aprofundar, para que assim se tenha um parâmetro da evolução das políticas de matriciamento.

A proposta pedagógica do matriciamento vem corroborar o trabalho solitário do profissional no campo. Sugere que o trabalho aconteça em equipe. Times que, através de diálogos construtivos e confrontativos, produzirão saberes necessários para ajudar os usuários, famílias, comunidades e práticas em saúde. Sendo assim, o processo de saúde-enfermidade-intervenção não é monopólio nem ferramenta exclusiva de nenhuma especialidade, pertencendo a todo o campo da saúde. Isso torna o matriciamento um processo de trabalho interdisciplinar por natureza, com práticas que envolvem intercâmbio e construção do conhecimento. (CHIAVERINI et al. 2011).

Promover o trabalho compartilhado entre profissionais pode oferecer maior qualidade nas ações desenvolvidas. Nunca se investiu tanto em formação para trabalhar em equipe, bem como, oferta de cursos, especializações, formações para desenvolver habilidades sociais nos profissionais.

O apoio técnico pedagógico não se trata apenas das práticas coletivas, das ações descritas nas diretrizes. O constante apoio técnico pedagógico promove maior qualidade no atendimento direto ao usuário. Discutir e rediscutir um caso ajuda o profissional a ampliar seu escopo de possibilidades no que fazer com o usuário.

Quando um profissional tem a oportunidade de ver um colega atender um paciente em uma interconsulta, ele não só assiste, mas vivencia uma intervenção diferente do que ele faria. Ao dialogar os casos, o profissional recebe, dá e troca supervisões com outros. O apoio pedagógico gera ampliação da qualidade dos atendimentos prestados em todo o âmbito da saúde.

O conceito de apoio matricial e mais ainda sua prática constituem aspectos novos no âmbito do SUS. Precisam ser estudados e cultivados, estimulando a troca de saberes sobre o tema em diferentes esferas do campo da saúde. A produção de conhecimento acadêmica juntamente com a prática cotidiana dos profissionais tende a gerar a melhoria da qualidade dos serviços ofertados aos usuários do SUS.

PERCURSOS METODOLÓGICOS

Abordagem Metodológica

Diante da pergunta de pesquisa “Como os profissionais dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família compreendem e executam as ações técnico pedagógicas no matriciamento em saúde mental no município de Florianópolis?”, ponderando seus pressupostos e objetivos, optou-se pelo desenvolvimento de uma pesquisa de abordagem qualitativa com o intuito de provir uma análise crítico interpretativa.

Segundo FLICK (2004, p. 28), “a pesquisa qualitativa é orientada para a análise de casos concretos em sua particularidade temporal e local, partindo das expressões e atividades das pessoas em seus contextos locais”.

A proposta possui características exploratórias no intuito de buscar o conhecimento da realidade, permitindo que esta seja percebida de forma expandida. Trata-se de um estudo de caso, método amplamente utilizado em pesquisas qualitativas e que deve ser aplicado quando o pesquisador tem o interesse em compreender e avaliar processos e resultados de propostas pedagógicas e explorar intervenções (MINAYO, 2010).

Vejo que uma dissertação, que é o resultado de uma pesquisa, é na verdade, uma longa viagem. E muitas vezes nas teses e dissertações pouco se conta a história desta viagem. Delimitar um objeto de pesquisa assim como a opção metodológica constituem um processo tão importante para o pesquisador quanto o texto que ele elabora no final. Para BRANDÃO (2000), a construção do objeto diz respeito, entre outras coisas, à capacidade de optar pela alternativa metodológica mais adequada à análise daquele objeto.

Se nossas conclusões somente são possíveis em razão dos instrumentos que utilizamos e da interpretação dos resultados a que uso dos instrumentos permite chegar, relatar procedimentos de pesquisa, mais do que cumprir uma formalidade, oferece a outros a possibilidade de refazer o caminho e, desse modo, avaliar com mais segurança as afirmações que fazemos (DUARTE, 2002).

Durante o mestrado, tive um forte encontro com a pesquisa qualitativa. Digo isto, pois minha formação foi extremamente acentuada nos campos da abordagem quantitativa. Quando pensava num objeto a ser pesquisado, automaticamente minha mente estruturava “justificativa, amostra, técnicas de análise, análise e resultados”. Esta forma de pensar pesquisa tinha uma velocidade em minha mente, que tive dificuldades nas disciplinas que objetivavam pensar a pesquisa na abordagem qualitativa.

Trago isto, pois conforme discutido anteriormente, é desta forma que os campos de conhecimento tem se estruturado na saúde. A fábrica de pesquisas com abordagens quantitativas tem crescido ferozmente, dominando as formas de pensar dos profissionais.

Não desejo aqui levantar a bandeira da pesquisa qualitativa, mas buscar o bom senso, escolher a abordagem mais adequada para uma pesquisa é o principal ponto de partida, e ser cautelosa e evitar que o objeto de pesquisa se adapte a abordagem.

As pesquisas quantitativas são mais adequadas para apurar opiniões e atitudes explícitas e conscientes dos entrevistados, pois utilizam instrumentos padronizados (questionários). Permitem que se realizem projeções para a população representada. Elas testam, de forma precisa, as hipóteses levantadas para a pesquisa e fornecem índices que podem ser comparados com outros.

Não é o caso desta pesquisa. Estamos investigando uma oferta de serviço em saúde como prática social, sendo assim, a pesquisa qualitativa contribui no seu caráter exploratório, estimulando os entrevistados a pensar e falar livremente sobre o tema, objeto ou conceito. Elas fazem emergir aspectos subjetivos, atingem motivações não explícitas, ou mesmo não conscientes, de forma espontânea.

Para DENZIN; LINCOLN (2008), a pesquisa qualitativa traz voz aos silenciados, transformando-se em um movimento social dentro do campo que é investigado. Poucos profissionais têm oportunidade de falar sobre seu trabalho à universidade. Foi um dos focos aqui, levantar as vozes dos que atuam no matriciamento, para que humildemente nós, pesquisadores, juntem-nos com eles e elaboremos inovações e avanços.

Campo de pesquisa e algumas reflexões

O campo de pesquisa será descrito aqui em seus detalhes e características. Porém, optei em fazer juntamente com as minhas impressões e afetos que surgiram nestes encontros.

Quando iniciei minhas idas aos centros de saúde para as entrevistas, surpreendi-me com as pré-concepções. Estava certa que encontraria profissionais avessos a luta antimanicomial e por isso não estariam trabalhando conforme as políticas preconizam que seja o matriciamento. Supus que ouviria deles que o atendimento individual era a prioridade em seus trabalhos. Eram pré concepções rígidas, mas não tinha consciência perceptiva das mesmas, só entrei contato com elas quando pisei meus pés no campo de pesquisa. Obviamente que eu estava enganada.

A pesquisa realizou-se no município de Florianópolis, que possui 421.240 habitantes (IBGE, 2010) segundo o último censo disponível. É uma cidade cercada por mais de quarenta praias e conhecida nacionalmente como um lugar paradisíaco. Muitos chegam a Florianópolis com promessa de ter uma excelente qualidade de vida. Entre as 33 regiões metropolitanas do país, as quatro primeiras no ranking do IDH Municipal ficam em Santa Catarina: Grande Florianópolis, Joinville, Blumenau e Tubarão (IDH, 2010). Florianópolis é considerada a capital com a mais alta qualidade de vida e a quarta melhor cidade do país para se viver, de acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU). Mas a realidade não corresponde muito às expectativas. Florianópolis é também uma cidade com sérios problemas de mobilidade urbana, violência e poucas oportunidades de trabalho, já que sua economia é baseada basicamente no funcionalismo público, comércio e turismo.

A rede de atenção primária em saúde se organiza em cinco distritos sanitários e 47 centros de saúde da família, distribuídos nas secretarias executivas regionais, com cobertura da ESF estimada em 400.200 habitantes até janeiro de 2014 (DATASUS, 2014).

Os centros de saúde acoplam em média de três a cinco ESF, sendo assim, concentrando o movimento de várias comunidades. As vezes que precisei entrar nos centros de saúde (não somente como pesquisadora, mas também como usuária) parece que estava entrando em meio a um tornado. Em qualquer hora do dia os centros estão cheios de pessoas, esperando por consulta, remédios, procedimentos, salvação e acalento.

Conseguir agendar um horário com os profissionais foi uma tarefa árdua, como as agendas estão sempre muito lotadas, as entrevistas eram agendadas em horários de consulta ou acolhimento, então cada entrevista era um usuário a menos a ser atendido. Acredito ser importante trazer estes dados, pois muitas vezes os pesquisadores não percebem o impacto que causam na dinâmica do campo.

Florianópolis possui doze NASF implantados, os quais oferecem cobertura para todas as equipes de saúde da família do município. O campo de pesquisa foi delimitado em três NASF que foram escolhidos por regiões: centro, sul e norte.

Uma amostra qualitativa ideal é a que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo, e nesse aspecto, investigar três NASF de diferentes regiões da cidade pode trazer um aprofundamento dos sentidos relacionados ao objeto de estudo.

Durante a realização da pesquisa algumas questões são colocadas de forma bem imediata, enquanto outras vão aparecendo no decorrer do trabalho de campo. A necessidade de dar conta dessas questões para poder encerrar as etapas da pesquisa frequentemente nos leva a um trabalho de reflexão em torno dos problemas enfrentados, erros cometidos, escolhas feitas e dificuldades descobertas (DUARTE 2002).

Participantes da Pesquisa

Os participantes da pesquisa foram os profissionais psicólogos, psiquiatras, médicos e enfermeiros das ESF, gestores da atenção primária e saúde mental. Para maior coleta de informações sobre a realidade a ser investigada, optou-se por entrevistar profissionais responsáveis pelo matriciamento de saúde mental de cada NASF, sendo que a Portaria GM nº 154/2008, do Ministério da Saúde, define que cada NASF terá um profissional da saúde mental. Porém, segundo a instrução normativa nº 001/2010, da Prefeitura Municipal de Florianópolis, no Art. 7º cita que “por decisão da gestão municipal, poderá haver dois profissionais de psicologia por NASF, um cadastrado no Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde - CNES e um suplementar com mesmo regime de trabalho e recebimento de gratificação de produtividade do Programa Saúde da Família – PSF”, portanto opta-se na priorização de entrevistar dois profissionais atuantes na saúde mental, podendo ser um (a) psiquiatra e um psicólogo (a).

A pesquisa também abordou profissionais das ESF cobertas pelos NASF escolhidos, que foram enfermeiros e médicos. Isso facilitou o processo de compreensão das relações estabelecidas entre esses profissionais e os demais profissionais que compõem as equipes do NASF.

Tabelas 5 – Participantes da pesquisa que foram entrevistados

Unidades	Descrição dos Sujeitos e Local	Quantidade de Profissionais
NASF (Entrevista)	Três unidades	6 profissionais
ESF (Entrevista)	3 unidades (Uma de cada que recebe cobertura dos NASF entrevistados) Médicos e Enfermeiros.	4 profissionais
Gestores	Atenção primária em saúde e saúde mental	2 profissionais

Instrumentos para Coleta de Dados

O instrumento selecionado para este estudo, considerando as características da pesquisa qualitativa, foi a entrevista aberta. Para tal, elaborou-se um roteiro para a entrevista, o que na investigação qualitativa pode e deve ser modificado durante o processo interativo, “quando o investigador percebe que determinados temas, não previstos estão sendo colocados por seus interlocutores, apresentando-se como elevada significância pra eles” (MINAYO, 2010, p. 192). Assim, é importante que todo pesquisador esteja preparado para mudanças necessárias durante o processo de pesquisa, para melhor adequação ao campo e coleta de dados.

A entrevista aberta foi escolhida, uma vez que “a pesquisa qualitativa busca compreender os fenômenos no cenário em que ocorrem e do qual fazem parte, considerando as perspectivas dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo”. (GODOY, 1995, p. 21). Esses instrumentos vão auxiliar na busca pela compreensão dos profissionais acerca do matriciamento.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas pela pesquisadora no período de Fevereiro a Maio de 2015, realizadas através de um guia de entrevista, que deve “conter apenas alguns itens indispensáveis para o delineamento do objeto em relação a realidade empírica, facilitando abertura, ampliação e aprofundamento da comunicação (MINAYO, 2008, pg. 191). As questões foram em torno de quais ações de cunho pedagógico estão sendo realizadas, as dificuldades e facilidades, sobre o processo de aprendizagem e o cenário da saúde mental.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, Parecer nº 925.510, conforme a Resolução CNS 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que orienta sobre os princípios científicos e éticos, cujos dados foram coletados e utilizados somente no âmbito dos objetivos do mesmo, sendo as informações apresentadas de forma coletiva, sem nenhum prejuízo para as pessoas envolvidas, e sem fazer menção aos nomes das pessoas ou profissionais de saúde envolvidos no atendimento destes.

Deste modo, todas/os participantes profissionais dos NASF e ESF citados neste trabalho estiveram dispostos a participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APENDICE I). Igualmente, o estudo levou em conta as normas técnicas determinadas para este tipo de investigação e tomou as medidas pertinentes para evitar qualquer risco ou dano aos participantes.

Mediante a aceitação das/os participantes, foram agendadas as entrevistas individualmente, acordando previamente o espaço onde iam ser realizadas. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi entregue em um primeiro momento para sua leitura individual, posterior a isto ao participante lhe foi informado e reiterado verbalmente da garantia do anonimato e da confidencialidade das entrevistas.

Igualmente, foram informados e foi solicitada licença para gravar a entrevista, esclarecendo que podiam solicitar que não fosse gravada, ou que a gravação pudesse ser interrompida a qualquer momento. A transcrição das entrevistas foi feita pela pesquisadora. Para garantir o caráter sigiloso das informações os depoimentos dos entrevistados serão codificados em letras escolhidas em sorteio.

ANÁLISE DE DADOS

Para a análise das entrevistas, procurou-se a teoria da hermenêutica dialética. Essa forma de compreensão tem o foco nos significados das informações qualitativas oriundas do empírico (CAMPOS; RODRIGUES; PIRES, 2012).

A hermenêutica dialética pretende sintetizar a compreensão e processos críticos. Busca o significado que ocorre no processo de comunicação e nos núcleos centrais de idiomas (GADAMER, 1999). Trabalha com a comunicação da vida cotidiana, considerando que deve ser entendida no seu contexto e cultura. De um ponto de vista metodológico, a abordagem hermenêutica desenvolve os seguintes parâmetros: procura diferenças e semelhanças entre o contexto de autores e contexto de pesquisa; tenta entender fatos, relatórios, notas e outros textos, e que tem como objetivo apoiar as reflexões por razões históricas.

Trata-se de um “avanço em relação a uma visão refém da subjetividade, pois quem pensa a ‘linguagem’ já sempre se movimenta em um para além da subjetividade” (GADAMER, 1999, p. 111). É nesta direção que buscou-se andar, ouvir, transcrever e escrever, para transcender à subjetividade que encaminha o pesquisador ao olhar crítico da relação linguagem e cultura, instância de síntese da totalidade e contradições.

A proposta apresentada por Hans-Georg Gadamer situa-se na perspectiva da validação da consciência histórica como referência para a interpretação do conhecimento humano. Portanto “a história do conhecimento se desenvolve à luz da linguagem. “É a partir da articulação lingüística que se produzem conceitos acerca da realidade que, em seu conjunto, formam o terreno de qualquer investigação” (CAMPOS; RODRIGUES; PIRES, 2012, p. 17).

Tem-se assim o entendimento de que o homem é marcado pela tradição e a forma de estar no mundo comporta o passado como condição para o desenvolvimento da linguagem, a qual, num constante movimento de reinterpretação, constitui a realidade (CAMPOS; RODRIGUES; PIRES, 2012).

Por isso, relatei aqui com ênfase meu afetos, pré e pós concepções em relação ao objeto de estudo, pois as tradições do pesquisador estão embricadas também na interpretação dos dados e no desenvolvimento da pesquisa.

A interpretação da hermenêutica se dá pela tensão de polos. Os sujeitos entrevistados possuem polos de saberes, bem como o pesquisador, de modo que a discussão tensionada entre estes polos geram outros saberes, conforme ilustrado no desenho abaixo:

Figura 2 – Formação dos Saberes



A interpretação se recusa a deixar contradição que tem a última palavra e por isso busca uma união dos polos opostos, gerando uma dialética paradoxal:

[...] essa união é conseguida não por uma transformação que ocorre em cada polo e em sua relação, uma transformação que desafia a compreensão comum. Ao invés de mover cada polo em direção ao outro, uma dialética paradoxal afirma que eles estão unidos, mesmo quando eles mantêm sua oposição. Uma unidade superior ou oculta dos dois que é a sua confiança, por mais que ainda pode parecer estar em contradição. (DUNNING, 1997, p. 7, tradução nossa.)

Os autores (CAMPOS, RODRIGUES, PIRES, 2012) apontam recomendações na utilização da hermenêutica em pesquisas na saúde coletiva. Dizem que o objeto não deve dobrar-se ao método, mas sim o método ao objeto. O empírico não deve dobrar-se ao pesquisador, mas sim o pesquisador ao empírico, pois a postura interpretativa demanda constantemente a auto-crítica do pesquisador em saúde, em que o mesmo deve estar aberto às informações que emergem da ida ao campo.

Busquei extrema cautela ao interpretar as falas e estar constantemente inclinada à plena escuta com o participante, voltando sempre à percepção na busca de conhecer a realidade deste sujeito, sua historicidade quanto ao tema e respeitando as diferenças.

Esta pesquisa concerne buscar no diálogo com os profissionais, entender como estes constroem sua prática no cotidiano do trabalho, visto que “o produto da pesquisa é a interpretação, que não é a verdade em si, mas uma leitura da interação entre pesquisador e informações da empírea” (CAMPOS, RODRIGUES, PIRES, 2012, p. 21).

Para melhor operacionalização dessa parte do trabalho, foram desenvolvidos categorias para direcionar a análise de dados, que faz parte de um delineamento do objeto em relação à realidade empírica, promovendo abertura, ampliação e aprofundamento do diálogo (MINAYO 2008). As categorias são:

- Gestão do Matriciamento
- Execução do Matriciamento
- Apoio pedagógico
- Atenção psicossocial

Para melhor entendimento desse processo, seguiu-se uma síntese do método hermenêutico-dialético que, segundo MINAYO (2010), segue passos básicos da análise dos dados coletados. Esse método compreende dois níveis de interpretação: nível das determinações fundamentais que constitui o marco teórico-fundamental para a análise, o qual já realizamos aqui, e o nível de encontro com os fatos empíricos, o qual concerne na classificação dos dados e análise final.

No nível de encontro com os fatos empíricos, busca-se o contexto sócio-histórico dos grupos sociais em que se processou a síntese das informações obtidas junto a cada sujeito, o qual foi operacionalizado mediante uso de entrevistas, observações realizadas durante a pesquisa de campo e a síntese das entrevistas por cada categoria.

Na classificação dos dados, segundo Minayo, é preciso compreender que os dados não existem por si só; eles são construídos a partir do questionamento que fazemos sobre eles, com base nos fundamentos teóricos. Esse processo permitiu a identificação de fatos relevantes segundo a ação dos atores sociais na comunidade pesquisada. Essas chamadas estruturas relevantes foram identificadas nas vozes e destacadas.

A análise final é o momento onde se estabelece a articulação entre os dados coletados e os referenciais teóricos da pesquisa, para encontrar os fundamentos às questões e objetivos formulados. Aqui se procurou responder aos objetivos e apontar direções no que foi considerado pontos de impasse para a execução do matriciamento.

Assim como as políticas de matriciamento propõem a dialogicidade, escuta e reflexão crítica, a análise dos dados percorrerá o mesmo caminho. Busca a dialética constante entre a palavra, o significado e sua tradição. Indagou-se as práticas relatadas nas entrevistas com as políticas e diretrizes do matriciamento, escavando as coerências e incoerências do cotidiano da prática *versus* as políticas públicas. Procura-se elaborar um trabalho que contribua para o enfrentamento dos desafios a serem superados pela saúde mental na atenção básica.

Adiante, as vozes dos profissionais. Procurei destacá-las por categorias, facilitando a compreensão das diversas dimensões do apoio matricial.

Discussão dos resultados

Gestão do Matriciamento

Na categoria gestão do matriciamento, buscou-se saber qual o planejamento do município para a efetivação do apoio matricial, bem como, a compreensão dos gestores sobre o NASF e saúde mental na atenção primária em saúde.

Os profissionais e gestores foram questionados sobre a gestão da APM, pois esta estabelece as direções do serviço, promove a cultura corporativa e regulariza. Portanto, é importante os gestores terem ciência de que o cerne do matriciamento é seu caráter pedagógico.

Quando questionado ao Gestor I sobre a atuação pedagógica do matriciamento e o papel da gestão em fomentar esta dimensão, nos aponta que:

“A gente tenta, tentamos e temos que recomeçar, nesse período, nos tentamos, eu era apoiador dos NASF, depois eu vim trabalhar como gerente da APS, e fui deixando os NASF nas mãos dos distritos sanitários, então a gente foi descentralizando a gestão do NASF no momento que ainda estava imatura a implantação, a gente tinha desenvolvido regras, uma normativa de funcionamento, um formato de agenda, um sistema de comunicação, a gente produziu um arcabouço de qualquer forma, até fizemos oficinas, simulamos matriciamento, mas na hora de colocar aquilo em operação aparece os problemas cotidianos, relacionais, ligados ao contexto de cada equipe, ligados a limitações e perfil de cada profissional, esses problemas impedem a implantação do arcabouço que a gente construiu”. Gestor I

O entrevistado informa que a gestão planejou e até elaborou um plano com normativas e diretrizes de como o matriciamento deveria funcionar. Porém, com as alterações que costumam ocorrer em mudanças de governo, o NASF ficou carente de um gestor que pudesse dar continuidade a esse trabalho.

Em Florianópolis o NASF não possui um gestor específico, alguém que os profissionais possam se referenciar, existe um gerente e diretor de APS e um coordenador de saúde mental, mas que faz a gestão dos CAPS. Observou-se que isso resulta em um problema, pois não há um olhar constante sobre os NASF, não existe quem possa promover o diálogo entre as equipes. Isso causa a ausência de uma canal de comunicação entre gestores e equipes:

“É uma coisa muito distante, eles as vezes participam, algum representante da gestão, na reunião que a gente tem com os Caps, mas é muito pra ficar discutindo caso, mas a questão com a política e as dificuldades não existe espaço pra isso, antigamente a gente tinha um espaço, que era uma reunião que a gente tinha uma vez por mês dos trabalhadores da saúde mental...” Psicóloga D

Susana – Faz muito tempo que isso parou?

“Acho que em 2009, acabou e pelo menos era um espaço que a gente tinha. Formação de vez em quando teve, no começo do ano passado teve um curso de acolhimento matricial, era bom. Depois duas ou tres atividades, mas muito pontual”. Psicóloga D

Segundo a voz da psicóloga D, houve o tempo de uma gestão mais próxima, porém atualmente há contingências que impedem uma proximidade entre gestor e trabalhador. Ela também confirma a ausência de gestor, conforme o gestor I menciona.

As estruturas de gestão nas políticas públicas no Brasil dificultam a seleção de gestores capacitados para os cargos e também a fácil remoção dos mesmos. Muitas vezes o que rege as gestões são políticas

eleitoreiras gerando a troca constante de coordenadores, por vezes muito capacitados e engajados e outrora não conhecedores sequer das políticas.

A APS em geral, e o ESF em particular, apresenta-se, nas organizações de saúde do SUS, com extrema fragilidade. Eugenio Vilaça Mendes (2012, p. 91) nos aponta que “isso acontece em todos os âmbitos do SUS – Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde –, em que as coordenações de APS estão situadas em escalões distantes do poder decisório estratégico dessas instituições”. Em geral, o lugar institucional da APS dispõe, nas diferentes organizações do SUS, de poucos recursos de poder. No Ministério da Saúde, a APS faz parte da Secretaria de Assistência à Saúde que cuida, ao mesmo tempo, das ações secundárias e terciárias de atenção à saúde que dispõem de mais recursos e de maior visibilidade política e social. Nas Secretarias Estaduais de Saúde, em geral, organizam-se em coordenadorias ou gerências localizadas no quarto ou quinto escalões administrativos (MENDES, 2012). Os municípios tendem a reproduzir as estruturas organizacionais do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde.

Quando questionado ao gestor I quais as possíveis providências em relação a ausência de um gestor específico para o NASF aponta que:

“O que a gente percebeu é que precisa ser retomado essa dimensão do apoio direto da implantação do NASF, nós estamos instituindo agora um setor específico da diretoria, uma figura, um profissional com dedicação exclusiva para isso, que vai apoiar os distritos sanitários na operacionalização do NASF, e a gente percebeu que precisa mudar algumas coisas no arranjo de gestão, apostamos muito na grupacionalização do NASF quanto equipe e estamos percebendo que é preciso dar mais atenção na integração específica de cada profissional com suas equipes e não deles entre si”. (Gestor I).

Observa-se nessa fala que a gestão parecer reconhecer e tem procurado investir na implantação do NASF, retomando a ideia de um gestor específico para tal. Observa-se também clareza sobre o caráter pedagógico que o NASF possui e a importância de operacionalizar tal função. Algo que chama a atenção é o destaque à importância de promover a integração dos profissionais NASF com equipes ESF, que pode estar fragilizada.

É função da gestão desenvolver métodos de controle e avaliação que forneçam subsídios para análise da adequação da organização do sistema de saúde e do modelo de gestão, das facilidades de acesso e da qualidade assistencial em função do impacto das ações e serviços sobre a saúde da população, privilegiando a perspectiva de avaliação da satisfação do usuário.

Nesse aspecto, os profissionais apontaram problemas relacionados a recursos humanos, suprimentos, promoção de formação técnica e estrutura física:

“o problema é que foi lançado os NASF com uma ESF não implementada, para complementar uma coisa que está inacabada, primeiro eu preciso ter duas mil pessoas para coordenar bem o quadro destas duas mil pessoas pra saber bem o que realmente é pra ti, se você me der quatro mil pessoas, eu não vou conseguir passar o que é correto, o teu trabalho vai ser falho. Médico I”

Expressivamente o médico I diz que o NASF chega num momento imaturo da APS. Algo a ser considerado ao olhar a situação desta no país. O desenvolvimento de políticas públicas no Brasil muitas vezes anda mais rápido que sua implantação e seu desenvolvimento, causando problemas no momento de operacionalizar o serviço. Na ânsia de alcançar ligeiramente as metas que os municípios têm para a oferta de serviço, se monta a estrutura, mas nem sempre se obtém o recurso humano necessário conforme mencionado abaixo:

“Tem que ter mais profissionais, independente da carga horária que se faça, tem que ter mais gente, a qualificação, educação continuada, preocupação com educação continuada, tem que ser uma preocupação do próprio profissional, mas na medida do possível incentivar isso”. Psiquiatra C

”Você está lá nestas unidades, tem a cobertura do NASF e esse NASF tem psicólogo, logo, essa região geográfica tem psicólogo, sim tem, você tem dez mil pessoas, sei lá, aí tem três mil pessoas precisando de uma psicóloga, está coberto? O que está coberto? Tem uma psicóloga de referência, o que é uma atuação de uma psicóloga? Entendeu? Está disponível pra não fazer”. Psiquiatra A

Os profissionais nos falam da inviabilidade de trabalhar com o que se oferece em quantidade de trabalhadores. Para eles, a demanda - quantidade de pessoas para atender – sobrepassa a capacidade deles de executar as ações de saúde mental. Observa-se que tal questão não é um problema restrito a Florianópolis, como vimos na revisão da base dos dados.

O ESF funciona, principalmente, em unidades sem as condições infraestruturais necessárias, “75% das unidades de APS do SUS não apresentam condições mínimas de infraestrutura e 18% delas são instaladas em casas alugadas” (BARBOSA, 2010, p 226). Essa carência infraestrutural espalha-se por todo o Brasil. Mesmo quando se consultam os padrões oficiais para as unidades de ESF verifica-se que eles se distanciam de uma visão contemporânea de APS resolutive e de qualidade, capaz de exercitar as funções da APS.

Alguns pontos precisam ser debatidos em relação à política do matriciamento. Conforme mencionado acima pelos profissionais, a quantidade estabelecida de profissionais por NASF, seja pela política ou pela gestão do município, não atende às necessidades das comunidades e nem à capacidade dos profissionais. As formas de atuação precisam ser revistas, mas antes disso a gestão juntamente com os trabalhadores necessita dialogar sobre as demandas reais, sobre o número de profissionais disponíveis para cada comunidade e a suficiência para oferecer um serviço de qualidade e acesso.

A ESF está estruturada com base em uma equipe constituída por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde, além do pessoal da saúde bucal. Mas como reportado em Eugenio Vilaça Mendes (2012, p. 95):

[...] 7,5% das equipes de PSF não têm médico. 36,6% dos médicos, 30,7% dos odontólogos e 17,8% dos enfermeiros não cumprem a carga horária de 40 horas semanais; em relação aos médicos esse valor que era de 36,6% em 2001 aumentou para 38,4% em 2008. Esses dados mostram que a flexibilização da carga horária dos médicos, uma das propostas mais comuns que aparecem em diferentes foros, já existe numa proporção inaceitável. O enfermeiro divide seu tempo entre a gestão e a clínica.

Contudo, a composição vigorante do quadro de pessoal, fortemente ancorada nos médicos e enfermeiros, é insuficiente para dar conta do manejo das condições crônicas pela ESF, que convoca outros profissionais como membros orgânicos, e não somente como apoiadores das equipes, como propõe a política dos NASF. De fato, o NASF pode ser visto como uma solução de transição que deverá evoluir para o adensamento das equipes de ESF com a introdução de outros profissionais de nível superior como membros permanentes dessas equipes (MENDES, 2012).

No entanto, a atenção dos profissionais do NASF tem sido para preencher uma lacuna em aberto na rede, não se conseguindo oferecer a atenção especializada, ao mesmo tempo em que não é possível bancar profissionais necessários na ponta. Desta forma não é possível manter a qualidade da atenção, porque não é o foco, o foco é “tapar um buraco”.

Quem sabe este seja o destino do NASF, uma política de transição para algo permanente, a fixação dos profissionais em cada comunidade, oferecendo assim, cuidado em saúde de qualidade. O que se percebe é que diante de tantas necessidades e dificuldades que os profissionais vivem no dia a dia a busca é por resolubilidade emergencial. Se executadas ações pedagógicas para suprir uma demanda reprimida, corre-se o risco de, por exemplo, fazer trabalhos em grupos para conseguir atender mais pessoas, e não pela terapêutica.

Execução do Matriciamento

Nesta categoria de análise, podemos encontrar respostas a um dos objetivos deste trabalho, que é saber quais ações pedagógicas os NASF têm exercido no âmbito da saúde mental, conforme mencionado na tabela 4.

Para compreender conexões entre as concepções teórico metodológicas dos profissionais e quais ações estas produzem, perguntei sobre o dia a dia, quais estratégias de assistência, como funcionam as reuniões de equipe, interconsultas, trabalhos em grupos, focando em identificar as ações técnico pedagógicas:

Para alguns pacientes eu peço ajuda a rede da comunidade, tem o instituto Arco Iris, eles fazem um trabalho de pintura, trabalhos operacionais, desenho, musica, então eu oriento para o paciente ir lá, faço uma cartinha, fica um pouco com médico, comigo, vai pra lá, a gente faz o que consegue e não o que deveria fazer, eu não consigo fazer atendimento semanal, eu faço quinzenal. Psicóloga F

Podemos verificar que a busca por dispositivos sociais na comunidade para a terapêutica é realizada. Porém, a profissional diz que isso acontece também porque a equipe não dá conta de toda a demanda, vendo-se obrigados a encaminhar para outros serviços.

Com efeito, é importante usar dos dispositivos sociais, na atuação em APS, para a terapêutica dos usuários, como auxílio de ONG, atividades comunitárias, centros religiosos, entre outros. Há de se ter em mente, no entanto, que isto funcionará no enfrentamento do sofrimento considerando as particularidades de cada sujeito e o projeto terapêutico desenhado para cada um. Porém, diante da demanda reprimida, os profissionais têm buscado alternativas, na ânsia de aliviar as filas de espera e conseguir ampliar a oferta do serviço.

Procurei saber como sucede as interconsultas, a frequência e se encontram dificuldades. Os profissionais abaixo responderam que:

“Então sempre antes de um agendamento sempre vai ter um matriciamento, um diálogo”? Susana

“Sempre, pelo menos uma discussão do caso, pelo menos isso, de maneira geral o primeiro passo é o matriciamento”.. Psiquiatra C

”Todas as equipes tem reuniões agendadas semanalmente comigo e a psiquiatra, lá discutimos os casos que eles trazem”. Psicóloga D

Resgata-se que umas das ações pedagógicas é a interconsulta, a qual os profissionais acima mencionam sua execução. Porém, outro profissional apontou a dificuldade em sua realização com algumas equipes:

“Cada unidade funciona diferente, tem unidade que eu entro, sento e atendo, contato zero. Tem unidade que eu participo da reunião de equipe, tem unidade que a gente combina para discutir algum tema com a equipe inteira, tem unidade que eu conheço todos os agentes de saúde, que eu sei o nome, aqui por exemplo, eu atendo, discuto caso, as vezes o agente de saúde vem discutir caso comigo diretamente, na reunião com a equipe inteira, e tem lugares que a gente não discute absolutamente nada. Psiquiatra A

Na categoria Execução do Matriciamento da entrevista, o gestor I disse que estão buscando colocar um profissional para administrar os NASF, mas para trabalhar principalmente com a integração das equipes ESF com NASF. Na voz acima, podemos ver que a dificuldade de praticar a interconsulta não é generalizada, em algumas equipes acontece, porém outras apresentam resistência.

Em relação a essa resistência em aderir às discussões de caso, pergunto para a psiquiatra C e esta ressalta:

“Eu percebo que existe uma certa resistência pelo não entendimento por parte dos profissionais e médicos das equipes que eu atendo. No meu entendimento, no meu treinamento a ideia do matriciamento era matricular a equipe, preparar a equipe para lidar com os pacientes no meu caso de saúde mental, mas não é muito o que acontece, e a gente realmente percebe que durante é difícil para os médicos e enfermeiros parar tudo, todos os seus atendimentos, existe uma demanda gigante para dar conta, parar durante um turno para fazer matriciamento, então a ideia é excelente, na prática eu vejo que é um pouco difícil de fazer caber, apesar de que eu e todas as equipes que eu atendo consigo ter pelo menos a metade dela de um enfermeiro participando junto, pelo menos das duas equipes que eu atendo os agentes comunitários também participam das discussões de alguns casos”. Psiquiatra C

A profissional fala que, devido ao movimento grande de usuários para serem atendidos, os profissionais não possuem o tempo devido para discutir os casos. Nesse contexto, o médico I menciona a mesma dificuldade:

“Se mudou minha práxis? Acho que alguma coisa sim né, e sempre para melhor, mas o que se vê na prática muitas vezes, como se tem uma população muita acima do que se é preconizado, e o que é preconizado na verdade não se tem muita clareza no que eles fizeram da 3000 para 4000 é um calculo que eu procurei na literatura, meu mestrado foi sobre isso, não encontrei nada, na maioria dos lugares do mundo é 1000 ou 1500 pessoas no máximo, e muitas vezes o trabalho do matriciador, seja no âmbito da saúde mental ou não é muitas vezes para descarregar uma demanda congestionada, porque temos uma população equipe inadequada”. Médico I

O profissional traz um problema que foi muito mencionado nos relatos encontrados na revisão de base de dados e já mencionando nos problemas discutido na categoria Gestão do Matriciamento: a hiperdemanda. Uma das razões que dificultam as ações em conjunto nas equipes é a denominada hiperdemanda. A demanda para as ESF é tão grande que impede a própria execução do matriciamento: a possibilidade de dialogarem sobre os casos. Essa situação fomenta a lógica do encaminhamento referência-contra-referência. Na impossibilidade de as equipes conversarem, o que resta é encaminhar o usuário para a fila e ser atendido pelo profissional especialista.

Questionei aos profissionais sobre a prática do projeto terapêutico singular, já que é uma das ações instituídas no guia de diretrizes. Um dos profissionais responde que:

“Como é feito o projeto terapêutico singular”? Susana
“Na verdade com esse nome eu só conhecia o que o CAPS fazia, nunca falaram para mim fazer para alguém”. Psiquiatra A

O profissional demonstra desconhecimento dessa prática no NASF, porém durante as entrevistas percebeu-se que os profissionais praticam o projeto terapêutico com os pacientes. Apenas não o nomeiam dessa forma, bem como o desconhecem como uma ferramenta elaborada nas diretrizes:

“Eu faço o projeto terapêutico, só não necessariamente o chamo desta forma”. Psicóloga C

É importante os profissionais conhecerem a ferramenta do projeto terapêutico singular, pois promove o resgate da clínica e da dialogicidade com o paciente. É importante no processo de educação permanente dos profissionais sempre voltar às diretrizes do NASF, no intuito de avaliar as ações constantemente.

Nesta categoria de análise, foi possível constatar que, em sua maioria, os profissionais buscam constantemente realizar as discussões de casos em equipes, busca ajuda nos dispositivos sociais da

comunidade e dialogam entre si. Podemos constatar, então, que os profissionais matriciadores da saúde mental em Florianópolis possuem compreensão do que é o apoio matricial e trabalham para a efetivação do mesmo.

Apoio pedagógico

Nesta categoria de análise, além de mergulharmos no processo de ensino e aprendizagem, é possível também identificar o porquê que algumas ações coletivas preconizadas pelo NASF não acontecem, devido às concepções teórico metodológicas de cada profissional.

Quanto ao entendimento dos profissionais sobre o que é matriciar, estes nos falam:

“O que é matriciamento, no meu entendimento, é a ideia do ministério, é o atendimento conjunto, não só atender, quebrar a logica do encaminhamento, aproximar os profissionais mas ao mesmo tempo transmitir uma possibilidade de aprendizado dos dois lados”. Psiquiatra A

Esta voz explicita o maior proposito do APM, que é transformar as relações de trabalho e tornar os profissionais responsáveis por pessoas e não procedimentos; um claro entendimento da função do NASF.

Já a Psicóloga D, além de compreender o proposito do matriciamento, consegue vislumbrar o arranjo organizacional para outras esferas de trabalho.

“Eu entendo que é uma metodologia de trabalho, de organização do serviço, na atenção básica. Acho que pode ser utilizado em outros níveis, não sei bem muito como seria, estou falando da atenção básica aonde eu trabalho. É uma metodologia de trabalho, dentro da qual está previsto uma forma de relacionar e de trabalhar entre as equipes de referência, que no caso são as equipes de saúde da família, e as equipes que prestam o apoio matricial, que são as equipes do Nasf. Então é uma maneira de organizar este trabalho”. Psicóloga D

Afinal, o matriciamento nada mais é que um método, que fomenta o trabalho em equipes, sendo necessário na maioria dos ambientes profissionais.

A Enfermeira U, além da compreensão exata sobre o APM, ressalta que as ações pedagógicas a tem ajudado a melhorar seus conhecimentos para atuar com as demandas de saúde mental:

“O matriciamento é uma oportunidade que a gente tem de discutir o caso do paciente, aprender também, no caso aqui em relação a saúde mental, cadeiras que não tivemos na graduação, como o entendimento da farmacologia em pacientes psiquiátricos e o manejo”. Enfermeira U

Observa-se, assim, que os profissionais possuem um claro entendimento do que é matriciar e valorizam a metodologia. Eles também entendem que a responsabilização compartilhada dos casos permite regular o fluxo de usuários nos serviços, dado que é pelo apoio matricial que se torna

[...] possível distinguir as situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana, que podem ser acolhidas pela equipe de referência e por outros recursos sociais do entorno, daquelas demandas que necessitam de atenção especializada da Saúde Mental, a ser oferecida na própria unidade ou, de acordo com o risco e a gravidade, pelo CAPS da região de abrangência. Com isso, é possível evitar práticas que levam à “psiquiatrização” e à “medicalização” do sofrimento e, ao mesmo tempo, promover a equidade e o acesso, garantindo coeficientes terapêuticos de acordo com as vulnerabilidades e potencialidades de cada usuário. Isso favorece a construção de novos dispositivos de atenção em resposta às diferentes necessidades dos usuários e a articulação entre os profissionais na elaboração de projetos terapêuticos pensados para cada situação singular. (FIGUEIREDO, ONOCKO, 2009, p. 132)

Apesar do entendimento hegemônico dos profissionais acerca da APM, alguns encontram resistência por parte de outros profissionais em aderir a um diálogo de aprendizagem:

“Você imagina matriciamento com psicologia, tu achas que o médico vai sentar junto com a psicóloga vai aprender a fazer um atendimento psicológico? Um médico e o educador físico, vai atender? Não vai, e você sabe o que acontece? No meu atendimento, o atendimento leva quase uma hora, até porque eu tenho que atender, definir diagnóstico, traçar uma conduta, eu não vou atender todas as semanas, eu tenho que tentar esgotar na primeira consulta tudo. Eu atrapalho a dinâmica da unidade, enquanto eu estou atendendo um, o médico está atendendo dois ou três. Então toda vez que ele para, para fazer matriciamento comigo, eu estou atrapalhando o bom andamento do serviço, então tem lugar que transmite essa sensação, você chega assim, a ponto de eu ouvir de um coordenador “aqui não precisa, se você vier uma vez por mês já é o suficiente” Psiquiatra A

O que esse profissional nos diz remete ao que foi discutido no capítulo da dimensão pedagógica, o campo de saberes. Podemos ver que, por vezes, a esfera do ensinar e aprender não acontece entre os profissionais, devido ao lugar que cada um se refere. O que o profissional acima nos aponta é que, para algumas equipes, o psiquiatra precisa atender, orientar e medicar; mas somente isto, pois essa é sua função. Mais uma vez, vemos a importância de trabalhar as concepções teórico metodológicas com as equipes de saúde. Mudar a cultura da referência-contrareferência exige tempo e investimento em educação permanente.

De fato, podemos constatar que, pelo que nos conta a psiquiatra C, para alguns a formação sobre saúde mental em APS nem havia chegado:

“Eu acho que o principal desafio que eu encontro é com os médicos que se formaram a muito tempo e que tem uma formação de medicina mesmo diferente da minha, eu acho que quando eu entrei na faculdade, foi no ano que as coisas começaram a acontecer na internet, o acesso aos artigos, esse treinamento de busca da informação de aprender a buscar e usar as ferramentas não são todos os médicos que sabem, e ensinar isso pra eles as vezes foge a ideia do que é o matriciamento, não completamente é claro, mas em partes. Não, eu acho que a maioria são abertos, a maioria das equipes que eu supervisiono são muito abertas para o meu matriciamento, mas eu vejo que eu encontro dificuldade de estar na posição de ensinar com alguns, eu percebo que esses alguns são os mais velhos e que já tem mais o jeito deles de trabalhar, que tem mais dificuldade de implementar as mudanças mesmo. Psiquiatra C

As universidades começaram a trazer essa atuação para a sala de aula com intensidade apenas nos últimos seis anos, depois que o NASF foi criado. Em razão disso é que o investimento em formação permanente não pode parar, principalmente dos profissionais do SUS que estão ali para servir o cidadão e lidando com mudanças constantes para o aprimoramento da rede de serviços.

A dificuldade de alguns profissionais em aderir a APM, parte da concepção teórico metodológica sobre como deveria funcionar o trabalho em times na saúde. Muitos estão apegados ao modelo do super especialista. Porém, em todas as entrevistas identifiquei o quanto a educação permanente oferecida aos profissionais tem feito diferença para melhorar o entendimento e funcionamento das redes de serviço. Os profissionais sabem o que é NASF, as diretrizes, metas, porém, esbarram nos desafios da implantação e efetivação desta política pública.

Perguntei a um dos gestores, que esteve na implantação do NASF em Florianópolis, sobre o que achava da dimensão pedagógica, e como tem visto a operacionalização destas relações de ensino e aprendizagem:

O que se entende da questão pedagógica o treinamento em serviço que é tão falado nas portarias e tal, é por alguns estudos mesmos, da coisa do curso teórico não funcionar, você pode disparar ali e a pessoa até se interessar, mas não muda o comportamento do profissional de saúde, o que muda o comportamento do profissional de saúde, é a mudança da prática, é o treinamento em serviço, por isso os méritos da residência e o foco nesse pedagógico do NASF. O ponto chave é o atendimento em conjunto, isso é o principal, das habilidades de entrevista, seja do roteiro mínimo de entrevista, do desenvolvimento do acompanhamento, no caso do médico a prescrição mas a orientação pode ser dada pelo psicólogo, então você pegar e discutir um caso depois atender junto, tem uma potencialidade enorme. A discussão de caso também pode ser interessante mas não tem a potencialidade de atendimento em conjunto, e aí o profissional saúde da família adquire um conhecimento que ele vai conseguir lidar com outras situações com o foco melhor. O que aparece muito nas reuniões de matriciamento é os atendimentos conjuntos. Trabalhar com APS tem um tempo dinâmico, trabalha fora do setting terapêutico, lida com crises fora do hospital. Gestor L

O NASF tem dois “públicos-alvo” diretos: as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família e os usuários em seu contexto de vida. Nessa relação, é fundamental que o NASF crie mecanismos de identificação e escuta das demandas das equipes e que possam dialogar sobre sua prática também a partir da atenção direta aos usuários.

É imprescindível também que as equipes apoiadas possam identificar o NASF como um coletivo organizado de profissionais que oferta apoio na atenção básica, porém que possui singularidades em cada profissional. Ou seja, é preciso ter clareza de que o objeto comum de intervenção é o (apoio ao) cuidado à saúde da população, mas as singularidades/ especificidades de saberes também devem ser identificadas e potencializadas.

“Eu acho que ajuda bastante, porque os profissionais ficaram mais próximos, esses profissionais de apoio ficaram mais próximos, uns mais acessíveis, então a gente tem como discutir casos, ver as prioridades, ver as urgências, e de aprender com isso, conseguir resolver mais coisas com o apoio dos profissionais, ficou bem bom, tem realmente uma equipe de apoio. Um espaço para discussão, para aprendizado, a gente se capacita, adquire mais conhecimento, e melhora nossa resolutividade com os nossos pacientes. Então a gente discute casos como a gente atende junto com profissionais, psicólogo, psiquiatra, ou pede ajuda por telefone por alguns momentos, nos casos mais urgentes”. Médica H

Apesar das dificuldades para operacionalizar o serviço, as entrevistas apontaram os avanços no que se diz respeito à compreensão da APM, bem como, aos efeitos esperados das ações pedagógicas. Ao entrevistar a médica H, esta nos relata com emoção e felicidade ter acesso ao APM, pois tem conseguido aprender a manejar casos relacionados ao sofrimento mental que, até então, não sabia como o fazer. É importante destacar os avanços alcançados até o momento, podendo fortalecer as equipes NASF.

Atenção Psicossocial

Buscou-se saber o que os profissionais pensam sobre saúde mental, reforma psiquiátrica e práticas em atenção psicossocial, pois estes temas direcionam a forma de intervir do profissional na demanda de saúde mental.

As vozes destacaram de forma expressiva o caos social do país como maior determinante do sofrimento mental:

“Eu acho que 20% dos pacientes que tomam medicação, acho que tem um cunho mais orgânico, dá pra se encaixar, em algum tipo de transtorno, acho que os demais não, os demais, por exemplo, o contexto social aqui é gritante, tráfico de drogas, violência, isso acaba ocasionando alguns transtornos emocionais”. Psicóloga F

Como se observa do panorama das características da demanda em saúde mental feito pela Psicóloga F, é possível constatar o que já discutimos no capítulo sobre a Atenção Psicossocial: muito tem sobrado para a saúde resolver. Inclusive o caos social acabar por se direcionar às equipes de saúde. Esse excesso ocasiona a possibilidade de se fazer uma leitura errada do problema, conforme o psiquiatra A aponta:

“Porque a grande demanda é psicossocial, não é doença mental, a grande maioria é psicossocial, eu acho que a nossa participação vem quando a gente faz uma leitura errada, transforma em doença, medica e ai transforma isso em atestado”. Psiquiatra A

Porém, o profissional alerta a importância de não interpretar essas questões como psicopatologias, de não se entregar à lógica patologicista:

Psiquiatra A - porque a grande demanda é psicossocial, não é doença mental, a grande maioria é psicossocial, eu acho que a nossa participação vem quando a gente faz uma leitura errada, transforma em doença, medica e ai transforma isso em atestado.

É nestas situações que os profissionais precisam ficar alertas em suas práticas, pois diante da frustração do caos social é mais fácil nomear o sofrimento (depressão, ansiedade etc.) e buscar a medicalização como recurso principal.

E mais uma vez os profissionais externalizam a angústia a respeito dessa questão:

“A questão social aparece muito e eu percebo que aqui em Florianópolis tem um fenômeno de as pessoas virem para Florianópolis buscar uma vida que não encontram e que muito provavelmente não vão encontrar em lugar nenhum, e a dificuldade de lidar com isso, então eu percebo que gira muito em torno disso”. Psiquiatra C

“Nós temos hoje muito sofrimento mental, por conta da vida social, muito e adulto jovem, é muito adulto jovem, isso é quase que assustador. A gente tem vivenciado muito, a população adulto jovem ela está muito fragilizada e com pouca coragem para enfrentar o dia a dia, o dia a dia que é normal, não tem fortalezas para enfrentar as dificuldades do dia a dia, entende”? Enfermeira G

Os profissionais sentem-se paralisados diante da situação social que promove sofrimento. Algo a se considerar nas vozes é o quão no discurso em geral os profissionais visualizam os fatores sociais como determinantes do sofrimento.

Quando conversei com os profissionais a respeito do que eles achavam sobre a saúde mental no Brasil, estava procurando saber o entendimento que tinham sobre a psiquiatria e a organização dos serviços. Porém, externalizaram muita angústia a respeito das demandas sociais. Desse modo, sobrou pouco espaço para perguntar mais, pois a necessidade de falar era tamanha. Tais momentos de entrevistas acabaram se caracterizando como grandes desabafos, o que não invalida as percepções colhidas.

Mas entre angústias e ganhos, foi possível ver que a implantação dos NASF possibilitou o desenvolvimento de ações no contexto comunitário mediante articulação da rede de serviços de saúde na atenção aos casos de transtornos mentais de maneira integral, junto às equipes de ESF, sendo esta uma importante aliada nos cuidados às pessoas com transtornos mentais. Isso se deve ao fato de que grande parte dos usuários encaminhados aos serviços especializados não possui, *a priori*, uma demanda específica que justifique uma atenção especializada. Desta forma, pacientes com transtornos mentais leves podem ser cuidados e acompanhados na atenção primária, evidenciando uma grande avanço neste processo, como diz a psicóloga D:

Eu acho que existe uma política que não está ruim, eu acho que a direção é boa, eu acho que é essa direção, que é a da desinstitucionalização, só que o caminho para chegar nisso é cheio de entraves, problemas, que estamos nos debatendo para resolver. Psicóloga D

A incumbência agora é aproximar os serviços especializados em saúde mental dos de atenção primária, sendo o apoio matricial uma dessas formas difundidas atualmente. Os primeiros passos foram dados: a teoria foi disseminada e corremos para implantar o acesso e qualidade do serviço.

DIREÇÕES

Diante de todas as vozes escutadas, lidas e relidas, penso que algumas direções podem ser sugeridas. Mas antes de seguir com as recomendações, quero falar um pouco de algumas reflexões que esta pesquisa gerou em mim, afinal foi uma longa e intensa caminhada.

Acredito que existem duas coisas que todos os trabalhadores do SUS precisam se voltar: esperança e solidariedade.

O SUS começa a ser idealizado num contexto de extrema opressão e miséria. Se exigiu muita capacidade técnica dos profissionais na época para desenhar um sistema de saúde e operacionaliza-lo. Mas só conseguiram porque tinham esperança.

Foi a esperança de um mundo melhor, mais justo, com maior igualdade de direitos e distribuição das riquezas que os levaram para frente, os motivaram a dar passos largos e ousados. E se não bastasse ter que começar um sistema de saúde do zero, enfrentaram a ausência da democracia nos tempos de ditadura, e isso tem uma idade jovem, há menos de 40 anos.

Os universitários, trabalhadores e demais brasileiros na época podiam não ter se importado com o futuro, se entregado a um sistema de saúde integralmente privado, um mero produto de mercado que trabalha cem por cento para a produção de capital. Mas não, se importavam com um sistema que todos seriam cobertos. E lutaram por isso.

Como conseguiram? Porque tinham esperança, esta que tem sido tão esvaecida nos atuais tempos, seja pela corrupção política que assombra o país, a modernidade, a violência, o medo. Para Erich Fromm (1975, p. 39) “não é apenas o indivíduo que vive pela esperança. Nações e classes sociais vivem pela esperança, fé e firmeza e, se perdem esse potencial, desaparecem – ou pela sua falta de vitalidade ou destrubilidade irracional que desenvolvem”.

Então, me perguntei constantemente durante o mestrado, o que fazer para mudar, melhorar o sistema de saúde, diante de tanta desmotivação frente às dificuldades sociais. Encontrei respostas quando pude dialogar com as pessoas que viveram a ditadura, que foram às ruas para lutar pelo o que temos hoje, e encontrei palavras para minha resposta quando Erich Fromm afirma que “a evolução de uma ordem social e cultural na qual o homem está no controle vai depender da capacidade de enfrentar a desesperança” (1975, p. 42).

Seguindo neste raciocínio, os profissionais se veem cansados e desmotivados frente à escassez de recursos humanos para se trabalhar. Não é uma realidade só de Florianópolis, mas do Brasil. A APS avançou muito no Brasil, o número de ESF implantadas crescem a cada dia, mas ainda não é o suficiente. Cabe ao movimento de trabalhadores, juntamente com os usuários, pressionar e dialogar com as esferas de gestão para o avanço do acesso. Mas isso só é possível mediante o dar as mãos de todos, inspirados pela esperança de algo melhor, negando a desesperança.

É preciso retomar a articulação dos profissionais que trabalham com atenção psicossocial. Encontros com todos que atuam na rede juntamente com os gestores. Isto promove a troca de experiências, fortalecimento das categorias de trabalho, bem como consolidação da RAS. A reforma psiquiátrica só aconteceu no Brasil pelo movimento forte da luta antimanicomial, esta precisa investir massivamente nos encontros regionais, estaduais e nacionais para juntar todas as esferas da assistência em saúde mental.

A formação precisa ser constantemente repensada. Existem profissionais resistentes ao matriciamento, por ainda não acreditarem na ferramenta e conseqüentemente não visualizarem método melhor que encaminhamentos. Isso exige esforços extremamente pedagógicos dos profissionais do NASF, para instigar, inspirar e provocar formas menos tradicionais de trabalhar em equipe.

A universidade precisa atualizar-se constantemente sobre as práticas no SUS. Se o matriciamento é sobre aprender vivenciando na prática, os estudantes também devem aprender da mesma forma. Abrir o espaço para estágios nas vivências do NASF pode contribuir e muito para este aprendizado.

Precisamos gerar nas escolas, universidades e em todos os espaços de aprendizagem a formação política e ética, o ato político diário da vida cotidiana, as motivações que levam os jovens a escolherem determinadas profissões na saúde, os valores subjetivos que cada profissão carrega, a busca por parte do trabalhadores por melhores condições de trabalho no SUS, a prática social nas relações de trabalho e melhor tecnicidade na atuação profissional.

A maior queixa dos profissionais entrevistados é o sofrimento social. “Falta educação”, “é muita violência”, “falta de emprego” e por aí segue. O discurso revela com clareza que boa parte da demanda que está chegando para os profissionais na APS é o caos social.

Mas não vimos aqui só angústia e desânimo. Esta pesquisa pode constatar o entendimento claro dos profissionais NASF sobre o que é APM, bem como os esforços em operacionalizar o serviço dentro de seu caráter pedagógico.

Vimos também, através dos depoimentos, o quanto os diálogos têm capacitado mais os trabalhadores para atuar com as demandas imprevisíveis do dia a dia. Sabe-se que muito é investido em educação permanente no SUS; e já podemos ver os frutos colhidos.

E aí chego na parte final da minha análise. Quero falar sobre algo imprescindível no trabalho com a saúde mental ou qualquer esfera da vida: a solidariedade.

Para Paulo Freire (2014, p. 62) “Solidariedade implica em esperança e sem solidariedade e esperança é impossível lutar pela mudança”. A solidariedade é um aprendizado adquirido no momento que se toma consciência de um problema real. Mostra-se com a ajuda altruísta, generosa e desinteressada que surge da máxima que afirma “temos que dar sem esperar nada em troca”. É um princípio que precisa ser urgentemente disseminado. Em meio a tantas influências para uma vida individualizada e solitária, esquecer-se do outro tem sido muito fácil.

O mundo está em guerra, checar os noticiários é desesperador, quando vemos populações sendo exterminadas por disputas de poder, jovens discursando desesperança, o meio ambiente sendo exterminado a favor do capital. Reavivar a cultura da solidariedade é uma ação urgente não só no Brasil, mas no mundo, pois como mencionei antes, sem solidariedade implica na ausência da esperança.

O SUS foi pensado e implantado nos princípios da solidariedade. Quando um gestor ou profissional esquece de executar seu trabalho no sistema, é um usuário que deixa de ter acesso. Quando a população não faz seu papel na participação democrática das políticas públicas, a face maligna do poder toma conta, tomando as rédeas do sistema e beneficiando a quem eles querem que seja.

A mudança para melhor vai acontecer, quando estado, profissionais e população atuarem democraticamente para a efetivação do SUS. Não existe uma resposta única para dar conta dos problemas que impedem o SUS de seguir adiante. São diferentes dimensões que precisam atuar cada qual no seu papel, porém, com compreensão, respeito e esperança.

Vale lembrar que somos um sistema jovem, e estamos crescendo, temos que querer para ontem, mas pacientemente trabalhar para o futuro. Quando apresentei meu trabalho de conclusão de curso no fim da graduação, alguém da banca mencionou “vocês possuem muita paixão ao falar do SUS, pode ser inadequado na escrita acadêmica”. Pois então, continuo escrevendo apaixonadamente, e quem sabe devido a isto, inadequadamente para os fins acadêmicos. Mas é a paixão que me traz a esperança para enfrentar as forças que impedem de construir uma sociedade baseada no amor e na solidariedade.

É no espírito da empatia e poesia que finalizo esta longa conversa, somos todos iguais, mas claro muito diferentes, como diz a música a seguir, em todo o tempo, tem gente sofrendo e chorando, começando a vida e pegando doença, sendo ousado e chamado de louco, estes todos, somos todos nós.

*Eu não sei na verdade quem eu sou
já tentei calcular o meu valor
Mas sempre encontro sorriso e o meu paraíso é onde estou
Por que a gente é desse jeito?
criando conceito pra tudo que restou
Meninas são bruxas e fadas
Palhaço é um homem todo pintado de piadas
Céu azul é o telhado do mundo inteiro
Sonho é uma coisa que fica dentro do meu travesseiro
Descobrir, da onde veio a vida
por onde entrei, deve haver uma saída
mas tudo fica sustentado, pela fé
Na verdade ninguém
Sabe o que é*

*Velhinhos são crianças nascidas faz tempo
com água e farinha colo figurinha e foto em documento
Escola! É onde a gente aprende palavrão...
Tambor no meu peito faz o batuque do meu coração
Perceber que a cada minuto
tem um olho chorando de alegria e outro chorando de luto
tem louco pulando o muro, tem corpo pegando doença
tem gente rezando no escuro, tem gente sentindo ausência
Eu não sei na verdade quem eu sou...
(O Teatro Mágico)*

REFERÊNCIAS:

- AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2007.
- AMARANTE, Paulo, (coordenador). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995.
- AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. A reforma sanitária brasileira. *Tema/Radis*, n. 11, p. 2–4, nov. 1988.
- BALLARIN, Maria Luisa Gazabim Simões; BLANES, Lara de Sousa; FERIGATO, Sabrina Helena. Apoio matricial: um estudo sobre a perspectiva de profissionais da saúde mental. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 16, n. 42, p.767-778, 2012. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s1414-32832012000300014.
- BARBOSA, Allan Claudius Queiroz; RODRIGUES, Júnia Marçal; SAMPAIO, Luis Fernando Rolim. De Programa a Estratégia: A Saúde da Família no Brasil em Perspectiva. Um comparativo da década de 2000. **Face/ufmg**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p.1-25, 2010. Disponível em: <http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2010/D10A043.pdf>. Acesso em: 15 maio 2015.
- BOURDIEU, Pierre. **Os Usos Sociais da Ciência**. São Paulo: Unesp, 1997.
- BRANDÃO, Z. **Entre questionários e entrevistas**. In: NOGUEIRA, M. A.; ROMANELLI, G.; ZAGO, N. (orgs.). *Família & escola*. Rio de Janeiro: Vozes, 2000. p. 171-83.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, 24 de janeiro de 2008.
- BRASIL. IBGE. (Comp.). **Censo**. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/calendario.shtm>>. Acesso em: 15 jun. 2015.
- BRASIL. Constituição Federal, 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>. Acesso em: 20 nov. 2014.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>. Acesso em: 29 nov. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006.. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM648.htm>. Acesso em: 4 mai.. 2015.
- BRASÍLIA. ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL 2013. **Ranking IDHM Municípios 2010**. 2013. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDHM-Municipios-2010.aspx>>. Acesso em: 02 jun. 2015.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 23, n. 2, p.399-407, 2007. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0102-311x2007000200016.

CAMPOS, Dalvan Antônio de et al. Pesquisa em Saúde Coletiva como instrumento de transformação social: uma proposta fundamentada no pensamento hermenêutico-dialético. **Saúde & Transformação Social: Health & Social Change**, Florianópolis, v. 3, n. 4, p.14-24, 2012. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/450/2513>>. Acesso em: 01 maio 2015.

CAMPOS, Rosana Onocko. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p.98-111, 2001. Disponível em: <<http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/rosana2001clinicaapalavranegada.pdf>>. Acesso em: 09 jul. 2015.

CHIVERINI, D.; H.; [et al.]. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CLEMENTE, Anselmo; LAVRADOR, Maria Cristina Campello; ROMANHOLI, Andrea Campos. Desafios da rede de atenção psicossocial: problematização de uma experiência acerca da implantação de novos dispositivos de álcool e outras drogas na rede de saúde mental da cidade de Vitória-ES. **POLISE PSIQUE**, São Paulo, v. 3, n. 1, p.80-99, 2013. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/41111/26490>>. Acesso em: 20 maio 2015.

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna. **A disciplina e a pratica da pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DUARTE, Rosália. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cad. Pesqui.**, [s.l.], n. 115, p.0-0, 2002. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0100-15742002000100005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742002000100005>. Acesso em: 25 maio 2015.

DUNNING, Stephen N.. **Dialectical Readings: Three Types of Interpretations**. Pennsylvania: University Park, Pennsylvania: The Pennsylvania State University Press, 1997.

ESCUDEIRO, Carlos Cesar; SOUZA, Maria de Lourdes A S. Saúde Mental no Sistema Único de Saúde: mudança do Modelo de Atenção na Região de Lins-SP. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 18, p.0-0, 2009. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0104-12902009000100007.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa; CAMPOS, Rosana Onocko. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 14, n. 1, p.129-138, 2009. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s1413-81232009000100018.

FLICK, Uwe. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saber necessário à prática educativa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

GADAMER, Hans-georg. **Hermenêutica em retrospectiva**. Petrópolis: Vozes, 2009

GIOVANELLA L et al (org.) Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ, 2008.

GOFFMAN, Erwing. **Manicômios, prisões e conventos**. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1987.

GODOY, Arilda Schmidt. PESQUISA QUALITATIVA TIPOS FUNDAMENTAIS. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 3, p.20-29, 1995. Disponível em: <http://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/artigos/10.1590_S0034-75901995000300004.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2015.

LANCETTI, Antonio. **Clinica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006. 128 p.

MENDES, Eugenio Vilaça. **As redes de atenção a saúde**. *Ciência e Saúde Coletiva*. 15(5): 2297-2305, 2010.

MATTA, Gustavo Corrêa. A organização mundial da saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s.l.], v. 3, n. 2, p.371-396, 2005. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s1981-77462005000200007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462005000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 17 jun. 2015.

MENDES, Eugenio Vilaça. **Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MIELKE, Fernanda Barreto; OLCHOWSKY, Agnes. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: a avaliação de apoio matricial. **Rev. Bras. Enferm.**, [s.l.], v. 63, n. 6, p.900-907, 2010. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0034-71672010000600005.

MORAIS, Ana Patrícia Pereira; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Apoio matricial em saúde mental: alcances e limites na atenção básica. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 21, n. 1, p.161-170, 2012. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0104-12902012000100016.

OPAS/OMS. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br>. Acesso em: 20 maio 2015.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de. Algumas reflexões sobre as bases conceituais da Saúde Mental e a formação do profissional de Saúde Mental no contexto da promoção da saúde. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p.38-48, 2008. Disponível em: <http://observasaude.fundap.sp.gov.br/BibliotecaPortal/Acervo/Condições e Condicionantes de Vida e Saúde/Saúde Mental/Revista Saúde em Debate_Saúde mental_ v.32_n 78-79-80_jan_ dez_2008.pdf>. Acesso em: 01 maio 2015.

PINTO, Antonio Germane Alves et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2017, n. 3, p.653-660, 2012. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a11.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2015.

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 18, n. 7, p.2157-2166, 2013.

FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s1413-81232013000700031.

ROTELLI, Franco. et al. **Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos, Psiquiatria sem hospícios - contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica** (Bezerra, B. et al orgs) Rio de Janeiro, 1992. P. 41-55

SANDELOWSKI, Margarete; BARROSO, Julie. **Handbook for Synthesizing Qualitative Research**. Detroit: Springer Publishing Company, 2007. 284 p. STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, D.F. : UNESCO, 2002.

SILVEIRA, Elaine Rosner. Práticas que integram a saúde mental à saúde pública: o apoio matricial e a interconsulta. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 17, n. 9, p.2377-2386, 2012. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s1413-81232012000900018.

SOUSA, Fernando Sérgio Pereira de et al. Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 4, p.1579-1599, 2011. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0103-73312011000400021.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Epistemologia, diálogos e saberes: estratégias para práticas interparadigmáticas em saúde mental. **Cad. Bras. Saúde Menta**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p.2-10, 2009. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/1006/1124>>. Acesso em: 15 maio 2015.

VIEIRA, Cibeli; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. **O papel do psicólogo na atenção primária na era NASF: ações, concepções e perspectivas**. Florianópolis: Tribo da Ilha, 2012. 290 p.

ANEXOS



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 A DIMENSÃO TÉCNICO PEDAGÓGICA DO MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS, desenvolvido pela discente Susana Soares, 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 e execução das ações técnico pedagógica dos profissionais das Equipes dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família do município de Florianópolis. Tem como objetivos também identificar como são realizadas as ações de técnico pedagógicas de apoio matricial; conhecer as perspectivas teórico metodológicas dos profissionais que permeiam suas ações técnico pedagógicas e averiguar as facilidades e dificuldades para a execução das ações técnico pedagógicas no matriciamento em saúde mental.

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 das políticas e matriciamento em saúde mental propostas pelo SUS.

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 2015.

Contato Pesquisadora:

Susana Soares

Endereço: Rua Luiz Oscar de Carvalho, n 75, Condomínio Itambé, apt 32, bloco 14, Trindade, Florianópolis – SC.

Telefone: (48) 99557589

E-mail: susanabnu@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
Susana Soares

Assinatura do orientador
Walter Ferreira de Oliveira