



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA (PPGPSI/UFRN)

AS AÇÕES EM SAÚDE MENTAL NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA  
–NASF

Shenia Maria Felício Felix

Natal/RN  
2013

Shenia Maria FelicioFelix

AS AÇÕES EM SAÚDE MENTAL NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA  
-NASF

Dissertação elaborada sob a orientação da  
Prof<sup>a</sup> Dra. Isabel Fernandes de Oliveira e  
apresentada ao Programa de Pós-Graduação em  
Psicologia da Universidade Federal do Rio  
Grande do Norte, como requisito parcial à  
obtenção do título de Mestre em Psicologia

Natal/RN  
2013

F316aFelix, Shenia Maria Felicio.  
As ações em saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da  
Família - NASF/ Shenia Maria Felicio Felix.-Natal-RN,  
2013.  
147f.  
Orientadora: Isabel Fernandes de Oliveira  
Dissertação (Mestrado) - UFRN/CCHLA  
1. Saúde pública. 2. Atenção básica. 3. NASF. 4. Saúde mental. 5.  
Matriciamento.

UFRN/BC

CDU: 614(043)

Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

A dissertação “As ações em saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF”, elaborada por Shenia Maria Felício Felix, foi considerada aprovada por todos os membros da Banca Examinadora e aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia, como requisito parcial à obtenção do título de MESTRE EM PSICOLOGIA

Natal, 20 de dezembro de 2013

BANCA EXAMINADORA

Prof<sup>ª</sup> Dra Isabel Fernandes de Oliveira \_\_\_\_\_  
Prof<sup>ª</sup> Dra Ana Alayde Werba Saldanha \_\_\_\_\_  
Prof<sup>ª</sup> Dra Cândida Dantas \_\_\_\_\_

Natal/RN  
2013

*"A loucura, objeto dos meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente."*

*Machado de Assis, O Alienista.*

*Agradeço ao universo e a todos os seres por me possibilitarem viver condições favoráveis para bons aprendizados nesta existência.*

## SUMÁRIO

|                       |    |
|-----------------------|----|
| Lista de Siglas ..... | VI |
| Resumo .....          | IX |

### INTRODUÇÃO

|   |    |
|---|----|
| 1. Apresentação .....   | 12 |
| 2. Fundamentação Teórica .....  | 16 |
| 3. <u>A Saúde no Brasil antes do SUS</u> .....  | 16 |
| 4. <u>Os modelos de saúde na história do Brasil</u> .....   | 17 |
| 5. <u>O SUS no Brasil: o projeto político para a saúde</u> .....                                  | 26 |
| 5.1. A proposta das redes de atenção à saúde como modelo de atenção .....                         | 32 |
| 5.2. A Atenção Básica: operacionalizando a Atenção Primária à Saúde – APS no Brasil<br>.....      | 40 |
| 5.3. Os NASF contribuindo na qualificação da Atenção Básica .....                                 | 45 |
| 6. <u>Agregando Saúde Mental e Atenção Básica: A Rede de Atenção Psicossocial – RAPS</u><br>..... | 52 |
| 6.1. Os modelos de atenção à Saúde Mental e as suas possibilidades no NASF .....                  | 61 |

### APESQUISA

|  |    |
|--|----|
| 1. OBJETIVOS .....   | 65 |
| 2. PERCURSO METODOLÓGICO .....                                     | 67 |
| 3. O CAMPO DE PESQUISA .....                                       | 68 |
| 3.1. <u>Conhecendo o território: um pouco de João Pessoa</u> ..... | 68 |
| 3.1.1. A Saúde em João Pessoa .....                                | 71 |
| 3.2. <u>A busca na conformação do corpus da pesquisa</u> .....     | 74 |
| 3.2.1. Participantes da pesquisa .....                             | 76 |
| 3.2.2. Procedimentos .....   | 77 |

|        |  |     |
|--------|--|-----|
| 3.3.   | <u>Escolhendoosparticipantes</u> .....   | 77  |
| 3.4.   | <u>DefinindoosInstrumentos</u> .....   | 80  |
| 3.5.   | <u>Para coletar os dados</u> .....   | 81  |
| 3.6.   | <u>Procedimentos éticos</u> .....  | 87  |
| 3.7.   | <u>Procedimentos para a análise dos dados</u> .....                                  | 88  |
| 4.     | RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES .....   | 91  |
| 4.1.   | Estrutura e funcionamento do NASF em João Pessoa .....                               | 93  |
| 4.1.1. | As ferramentas de apoio ao trabalho no NASF .....                                    | 97  |
| 4.2.   | NASF e Saúde Mental em João Pessoa .....   | 102 |
| 4.3.   | O trabalho no NASF e ações de Saúde Mental: a Psicologia no meio do caminho<br>..... | 106 |
| 4.4.   | A experiência do GF: (re)pensando concepções e conhecendo práticas .....             | 111 |
| 5.     | (EN)CAMINHAR PARA SEGUIR.....  | 128 |
| 6.     | REFERÊNCIAS .....  | 131 |
|        | APÊNDICES .....  | 137 |

## LISTA DESIGLAS

1. AB – Atenção Básica
2. ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
3. ACS – Agente Comunitário de Saúde
4. AIS – Ações Integradas de Saúde
5. APS – Atenção Primária à Saúde
6. CAIS – Centro de Atenção Integral à Saúde
7. CAP – Caixas de Aposentadorias e Previdência
8. CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
9. CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
10. CF – Constituição Federal
11. CFP – Conselho Federal de Psicologia
12. CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
13. CNS – Conferência Nacional de Saúde
14. CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde–
15. CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
16. CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
17. DCE – Diretório Central dos Estudantes
18. DNER – Departamento Nacional de Endemias Rurais
19. DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública
20. EAPS – Estratégia da Atenção Psicossocial
21. ENASF – Equipes NASF
22. EPS – Educação Permanente em Saúde
23. ESF – Equipes de Saúde da Família
24. EUA – Estados Unidos da América
25. GT – Grupo de Trabalho
26. IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões

27. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
28. INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
29. INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
30. JK – Juscelino Kubitschek
31. MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
32. MS – Ministério da Saúde
33. NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
34. NOAS – Normas Operacionais da Assistência à Saúde
35. NOB – Normas Operacionais Básicas
36. OMS – Organização Mundial de Saúde
37. ONU – Organização das Nações Unidas
38. OPAS – Organización Panamericana de la Salud
39. PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
40. PASM – Pronto Atendimento em Saúde Mental
41. PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
42. PNAB – Política Nacional da Atenção Básica
43. PND – Plano Nacional de Desenvolvimento
44. PNPIC – Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares
45. ProESF – Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
46. PSE – Programa Saúde na Escola
47. PSF – Programa de Saúde da Família
48. PTS – Projeto Terapêutico Singular
49. RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
50. RAS – Redes de Atenção à Saúde
51. RSB – Reforma Sanitária Brasileira
52. SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
53. SES – Secretaria de Estado da Saúde

54. SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
55. SMS – Secretaria Municipal de Saúde
56. SUCAM – Superintendência de Campanhas
57. SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
58. SUS – Sistema Único de Saúde
59. TC – Terapia Comunitária
60. UAI – Unidade de Acolhimento Infantil
61. UBS – Unidade Básica de Saúde
62. UFPB – Universidade Federal da Paraíba
63. VD – Vista Domiciliar

## RESUMO

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), regulamentada pela portaria Nº 2488 de outubro de 2011, reafirma a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como estratégia prioritária para expansão, consolidação e qualificação da atenção básica à saúde no Brasil. Para efetivá-la, os municípios, com cooperação dos demais entes federativos, devem reorientar seu processo de trabalho aprofundando os princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica (AB). Além da ESF, a nova PNAB dispõe sobre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), reafirmando seu papel de ampliar o escopo das ações da atenção básica, sua resolutividade, e ratificando sua capacidade de compartilhar saberes e apoiar profissionais da AB. Frente a isso, o objetivo deste trabalho é investigar como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF está estruturado em João Pessoa e quais as ações por ele desenvolvidas no âmbito da Saúde Mental. São objetivos específicos: analisar as práticas desenvolvidas pelos profissionais de Saúde Mental que compõem as equipes NASF e se elas se diferenciam das realizadas pelos demais membros das equipes; discutir a articulação do NASF na operacionalização das ações em saúde mental, no que se refere a sua organização interna e à rede de saúde municipal; identificar as estratégias utilizadas para a organização das ações em saúde mental na Atenção Básica. Para o alcance dos objetivos, foram realizadas entrevistas individuais com duas gestoras municipais e quatro trabalhadoras do NASF que participavam do colegiado de saúde mental como representantes dos seus distritos sanitários. Além disso, foi realizado um grupo focal com diferentes apoiadores NASF, contemplando a diversidade de categorias profissionais que trabalham nas equipes e nos distritos sanitários. Foi possível identificar no NASF, em João Pessoa, uma organização pautada pelo apoio matricial, na qual as demandas da gestão e do cuidado assistencial refletem um conjunto de práticas desenvolvidas junto às ESF. Dentre as ações realizadas pelo NASF, no âmbito da saúde mental, destaca-se o matriciamento, as visitas domiciliares e o Projeto Terapêutico Singular. Estas atividades foram descritas e dialogadas no grupo focal e fazem parte do cotidiano de trabalho de todos os apoiadores do NASF, independente de sua categoria profissional. Com vistas ao fortalecimento da AB frente à ampliação das ações das equipes de saúde da família, o NASF se apresenta como uma potente estratégia de qualificação e apoio no SUS.

Palavras – chave: saúde pública; atenção básica; NASF; saúde mental;matriciamento.

## ABSTRACT

The National Policy for Basic Care (PNAB), regulated by ordinance nº2488 from October 2011, restates the Family Health Strategy (ESF) as a priority to the expansion, consolidation and qualification of basic attention to health matters in Brazil. In order to bring it about, city counsellors along with other federal entities ought to ordinate their work process deepening principals, directions and fundamentals of Basic Care (AB). Besides ESF, the new PNAB expatiates on the Family Health Support Centres (NASF), reaffirming their role on broadening the scope of basic care actions and their improvements, ratifying their ability to share knowledge and support Basic Care professionals. All this considered, the purpose of this work is to investigate how NASF is currently structured in João Pessoa and what has been achieved by it on what concerns to mental health. Its main objectives are to analyse the practices of mental health professionals that are part of NASF teams and if they differ from what has been developed by the other members of the teams; to discuss the articulation of NASF in managing mental health measures on what concerns to internal organisation and to the city health network; to identify strategies used to organise such measures on mental health in Basic Care. To reach such goals, individual interviews have taken place two city health managers and four of NASF professionals that participated on the Mental Health Office as representatives of their sanitary districts. Also a focal group formed by various supporters of NASF was created, contemplating the diversity of professional categories involved with the teams and sanitary districts. It was possible to identify in NASF, in João Pessoa, an organisation based by the matrix support in which both management and basic care demands reflect a series of actions developed alongside with ESF. Amongst such actions, matrixing, home visits and the Singular Therapeutic Project (PTS) stand out. These activities have been discussed on the focal group and integrate the daily work of all NASF supporters despite their professional categories. NASF presents itself as a powerful strategy to SUS proper qualification and support to strengthen Basic Care and broaden family health teams'actions.

**KEY WORDS:** public health; basic care; NASF; mental health;matrix.

## Sobre um trabalho...

*Entender as vivências dos seres humanos no mundo!*

*Assustar-me, quando o improvável entra na vida e se faz vivência!*

*Vivenciar o estranhamento, e sentir a identificação.*

*Não deixar a dúvida se transformar em medo!*

*Querer a curiosidade no cotidiano, pra viver o diferente!*

*Compreender que a razão não é oposição à loucura.*

*Lutar para o mundo ser melhor!*

*Contribuir para o mundo ser melhor hoje!*

*Sentir indignação diante de todas as opressões!*

*Saber dialogar!*

*Aprender sempre!*

*Dividir!*

*Somar forças!*

*Encontrar, no trilhar do caminho, companhias essenciais.*

*Buscar os aliados.*

*Descobrir as ciências no mundo!*

*Amar viver!*

*Fazer política!*

*Reconhecer as limitações!*

*Agradecer por fazer parte do universo!*

*Libertar-se, e desejar isso a todos!*

*Poder ser!*

*Acreditar na existência!*

*Compartilhar as vivências, os estranhamentos, os medos, o cotidiano, as loucuras...*

*Confiar nas construções que estão se tecendo!!*

## INTRODUÇÃO

### Apresentação

Esta dissertação foi permeada por muitos aprendizados. Parto da concepção de que os seres humanos, viventes no mundo, devem ter a possibilidade de viver a diversidade que este mundo oferece: as alegrias, as dores, as conquistas, os sofrimentos, os aprendizados, e os prazeres, devem ser reflexos da autonomia vivenciada pelas pessoas. Acredito que as pessoas devem ter acesso as condições materiais que o coletivo de seres humanos produz para que esse mundo funcione; deve ainda, desfrutar de condições de vida produtoras de saúde, e que, nas situações de adoecimento, possam acessar estruturas e serviços que os auxiliem na busca do retorno ao bem estar; e acima de tudo, possam viver a ética do social; do compartilhar a vida com os demais seres que encontra no mundo.

Essas concepções foram se delineando a partir das vivências oportunizadas pela vida. Com histórias pessoais, coletivas e de outras pessoas, fui sendo provocada a refletir sobre estar no mundo e como ser diante da imensidão de acontecimentos. Especificamente, para o mestrado, que culminou nessa dissertação, fui afetada por situações do mundo do trabalho que me fizeram refletir sobre a organização da política de saúde no município na qual eu era trabalhadora e residente. Sendo assim, foi a partir das minhas inquietações e da possibilidade de construir novas concepções que pude, com o auxílio do mestrado, estudar e escrever sobre NASF em João Pessoa.

E este trabalho é sobre o NASF. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF é uma equipe de profissionais, de diferentes áreas do conhecimento, que atuam em conjunto com as Equipes de Saúde da Família – ESF, na perspectiva de apoiá-las no seu processo de trabalho e de compartilhar com elas o cuidado aos usuários que estão sob sua responsabilidade. Surgiu em 2008, como uma oferta do Ministério da Saúde – MS às gestões

municipais na perspectiva de ampliar as ações na atenção básica, tornando-se assim, mais um dispositivo de consolidação da atenção primária em saúde, aqui no Brasil.

O meu interesse de estudo, esteve inicialmente relacionado ao fato de ter sido trabalhadora do NASF no município de João Pessoa/PB, de meados de 2009 até início de 2011. Como Psicóloga e apoiadora de uma Unidade de Saúde da Família – composta por 4 ESF – vivenciei nos primeiros dias de trabalho uma situação que imprimiu, na minha, iniciada vida profissional, marcas que me fizeram refletir sobre o cotidiano de trabalho no SUS, sobre como as ESF convivem com o que há de mais corriqueiro nas comunidades, sobre as relações estabelecidas na contemporaneidade, sobre como estamos nessas relações e sobre como a política pública lida com essas questões. Em minha posição de apoiadora NASF entrei em contato com questões de saúde mental logo nos primeiros dias de trabalho.

O que aconteceu, e o que isso suscitou, teve desdobramentos, e o estudo no mestrado é um deles. Logo quando cheguei para conhecer a unidade de saúde e os profissionais com os quais iria trabalhar me foi solicitado, por duas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), para “conversar com um usuário” que sempre estava na unidade de saúde queixando-se de dores de dente e que diariamente ficava muitas tardes na sala da dentista, “ocupando seu tempo”, mesmo ela dizendo que não havia nenhum problema dentário com ele. Após uma breve explanação sobre “o caso”, me dispus a conversar com ele; disse as ACS que como estava chegando, ainda estava me apropriando do processo de trabalho, e por isso seria mais uma conversa informal do que uma intervenção terapêutica com atendimento clínico.

Conversei com o usuário por uns 30 minutos, onde pude estabelecer um primeiro contato com ele, ouvir suas queixas e complementar algumas das informações que as ACS tinham comentado. Ele falou-me de sua dor de dente, de seu encaminhamento que não era marcado, de sua rotina, do fim do casamento, da morte da mãe, do trabalho na empresa de

pescado, de suas idas à igreja, de seus calores, de suas atividades físicas, enfim, de sua vida, seus desejos e suas necessidades aparentes e latentes. Como encaminhamento dessa conversa, agendamos uma nova consulta com um endodontista e uma conversa com a Psicóloga do CAIS (Centro de Atenção Integral à Saúde), espaço que compõe a média complexidade, funcionando como uma policlínica com diversas especialidades ofertadas pelo SUS.

Depois dessa conversa, nos encontramos mais uma vez pelos corredores da unidade de saúde, ele, voltava da sala da dentista, que visitava com a mesma frequência de antes; e eu, apressada para resolver outras demandas do trabalho de apoiadora. Ali mesmo, muito rapidamente, trocamos algumas palavras, marcamos uma conversa com mais calma e nos despedimos. Era uma quinta-feira à tarde, dia de atividade com o grupo de idosos da unidade.

No domingo, ele, o usuário que vivia na unidade, matou o seu vizinho com uma faca. Diziam que ele tinha surtado: saiu de sua casa com uma “serrinha de pão” e a desferiu no pescoço do vizinho que estava no bar na frente de sua casa, voltou para casa e foi encontrado assistindo televisão; quando lhe foi perguntado suas motivações, ele apenas afirmou que estava sendo perseguido.

A segunda-feira seguinte ao fato foi um dia difícil, um dia de trabalho cheio de estranhamentos. Lembro que a caminho do trabalho vejo uma notícia no jornal: Louco mata vizinho! Não me dediquei à leitura pela baixa qualidade do jornal. Mas, só relacionei a notícia à situação real, quando cheguei ao trabalho e fui abordada pela agente de saúde aos prantos me contando o fato. Esse fato me acompanhará.

O misto dos sentimentos de responsabilidade, impotência, medo e tristeza da ACS me afetaram e reverberaram em mim. Como aquele usuário, pega uma faquinha e olha pra um vizinho que não conhece, diz que ele o estava perseguindo, mata-o e volta para casa para assistir televisão? Como lidar com o delírio do outro? Que saúde estávamos produzindo?

Como não percebemos o que poderia acontecer? As idas contínuas dele ao serviço não estavam a nos dizer algo? A saúde, o que faz diante disso? E poderia fazer o quê? E como está fazendo? E o Estado, como organiza a política pública, como faz suas políticas olhando para essas particularidades complexas da atenção básica?

Conseguimos realizar, como Grupo de Trabalho – GT de Saúde Mental do DS III, algumas oficinas com várias ESF do distrito. Nas oficinas ficou claro, como nas famílias que tinham em sua composição pessoas com sofrimento ou transtorno mental, o Agente Comunitário de Saúde - ACS tem um papel essencial e fundamental na vinculação e atenção ao cuidado, por exemplo, e como sendo estimulada a criatividade é possível indicar aos trabalhadores das ESF como as práticas de cuidado até já acontecem, mas precisam ser reconhecidas e refletidas.

Os diálogos nas oficinas e a necessidade latente pela discussão em saúde mental junto às ESF me levaram a questionar como o NASF poderia contribuir nesse processo de produção em saúde mental. Aliado a isso, acredito que os profissionais que compõem as equipes NASF deveriam atentar para os posicionamentos e responsabilidades frente ao mundo do trabalho, precisam compreender a importância das discussões/ações em saúde mental na atenção básica, afinal de contas, a história do NASF está sendo feita por eles.

As ESF contam com o apoio matricial do NASF e, se os profissionais que compõem estas equipes não souberem o que podem fazer e em que se basearem, as ações das equipes podem perder a intencionalidade necessária para as discussões ampliadas dos cuidados em saúde mental. Refletir sobre essas questões no contexto da organização da política de saúde em João Pessoa é o cenário que proponho nesse estudo, compreendendo, é claro, que a cidade, inserida no contexto social brasileiro, reflete também os aspectos do desenvolvimento histórico do país, principalmente no que se refere a suas políticas de Estado.

## **Fundamentação Teórica**

### **A Saúde no Brasil antes do SUS**

Quando se fala em Saúde muitos aspectos podem aparecer na busca de uma definição mais precisa para o termo. Seja como área de conhecimento, como política pública, ou como uma necessidade social do ser humano, a saúde é um tema abrangente que suscita debates em todo o mundo, e no Brasil não é diferente. O termo como conceito ou como prática social agrega fatores do cotidiano das sociedades que são definidoras na qualidade da saúde. Ou seja, quando analisamos o contexto de saneamento básico de uma cidade, a urbanização e infraestrutura de uma comunidade, ou as condições de renda de uma família, estão também sendo tratadas questões de saúde.

Pensar um país com saúde, uma cidade saudável, uma pessoa em boas condições de saúde é pensar como a sociedade está funcionando, como tem estruturado a resolução de problemas concretos vividos no cotidiano da vida das pessoas, é analisar como produzir soluções coletivas para a o modo de viver em sociedade que optamos continuamente.

O mundo está em contínua transformação. Até pouco tempo atrás, o Brasil, não era reconhecido como uma nação/país, e os 512 anos de seu “descobrimento” estão carregados de uma história cheia de contradições e lutas que marcaram a organização social nas diversas esferas. Quando analisamos esse processo com ênfase na saúde, vemos um percurso cheio de lutas e enfrentamentos constituindo a história da saúde no país, principalmente como política pública. Hoje, temos o Sistema Único de Saúde - SUS como uma política de Estado no Brasil, mas essa construção foi gradual e continua cheia de desafios para sua consolidação.

O marco histórico de composição do SUS foi a Constituição Federal de 1988 – CF/88, que após um período de 20 anos de regime militar no país, foi promulgada como uma

vitória rumo a uma sociedade democrática e garantidora de direitos sociais. É na CF/88 que a Saúde é considerada “direito de todos e dever do Estado”, mas essa proposição reflete, na verdade, uma intenção política para uma sociedade que buscava se organizar após tantos anos de direitos negados em virtude do período de opressão iniciado em 1964, com o golpe militar e sua consequente ditadura.

E como estava organizada a saúde no país antes da CF/88? Durante as ditaduras vividas no Brasil, quais as prioridades no âmbito da saúde? Como estavam organizadas as ações de saúde nas diversas épocas no Brasil? Compreendo que a história anterior ao SUS, é também a história do SUS, de sua constituição como política de Estado é que a seção abaixo foi proposta.

### **Os modelos de saúde na história do Brasil**

No Brasil, ainda como colônia de Portugal, a organização sanitária da saúde era feita da seguinte forma: o exército de Portugal era responsável pelos serviços de saúde das tropas, e, nas capitâneas, o físico-mor respondia pelo saneamento e pela profilaxia das doenças epidêmicas, além de ser o responsável pelo controle do exercício profissional de médicos, farmacêuticos, curandeiros, etc. Havia nesse cenário uma preocupação por parte de Portugal, em combater as práticas que não fossem realizadas pelos médicos. Aos pobres, a assistência à saúde era por conta da caridade cristã, feita nas Santas Casas, que abrigava não só doentes, mas indigentes, viajantes, etc. Já os militares que adoeciam, eram recolhidos por famílias ricas e depois atendidos por cirurgiões-militares, em hospitais das irmandades da santa casa, custeados pelo governo da colônia que, a estes, pagava um taxa anual (Paim, 2009; Scliar, 2002).

Em 1808, início do século XIX, a Corte Portuguesa se instala no Brasil e instaura mudanças na administração pública colonial. O Rio de Janeiro foi sede provisória do

império e tinha o principal porto do país. A partir de 1828 a saúde pública era de responsabilidade das municipalidades; o serviço de inspeção dos portos passou para o Ministério do Império e as atividades de saúde pública se limitavam a: delegação das atribuições sanitárias às juntas municipais e ao controle de navio e saúde dos portos. As ações eram fiscalizadoras; em 1832, pela primeira vez no país é estabelecida a obrigatoriedade da vacina, no Rio de Janeiro, a população não cumpriu o estabelecido, mas se os proprietários rurais solicitassem, os vacinadores imunizavam os escravos (Paim, 2009; Scliar, 2002; Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011).

Isso perdurou até 1850, quando foi criada a Junta de Higiene Pública, que ficou responsável por controlar o exercício da medicina, inspecionar a vacinação e ser a polícia sanitária. Em resumo, ao final do Império, a organização sanitária no Brasil era rudimentar e centralizada, não garantia assistência aos doentes nem era capaz de dar respostas às epidemias. Os que possuíam algum recurso buscavam médicos particulares, os que não possuíam, dependiam da caridade e da filantropia nas casas de misericórdia (Paim 2009).

No final do século XIX e início do século XX um novo regime se consolidou no Brasil. Com a proclamação da República em 1889, a ideia de modernização do país foi sendo disseminada. Scliar (2002) aponta que nesse período as epidemias de doenças tropicais tornam-se ainda mais preocupantes, visto que a burguesia cafeeira, em ascensão hegemônica, o aumento da imigração européia para o país, a substituição da mão de obra escrava pela mão de obra dos imigrantes, configurava um cenário de um país em desenvolvimento, mas imerso em problemas de saúde que prejudicavam a economia brasileira. Frente às epidemias, os navios estrangeiros se recusavam a vir ao Brasil. “Combater doenças não era apenas um objetivo humanitário: era uma questão de sobrevivência econômica para o país” (p. 51). Nesse sentido, a organização das ações de controle às doenças era o foco principal das

práticas em saúde ligadas estritamente ao modo como o Brasil poderia dar respostas ao modelo econômico que estava sendo desenvolvido no país.

Na Constituição de 1891, cabia aos estados a responsabilidade pelas ações de saúde. O país não tinha um modelo sanitário, as políticas de saúde, no final da década de 1910 continuavam focadas no combate as doenças transmissíveis, havia problemas de integração nacional, e o quadro sanitário continuava caótico. Ainda na primeira década dos anos de 1910, Oswaldo Cruz tem uma curta e tumultuada passagem na Diretoria Geral de Saúde Pública, criada em 1897, e com um modelo “campanhista e policialesco”, e práticas autoritárias durante as campanhas que realizava, provocou a Revolta da Vacina, o que gerou seu afastamento da polícia sanitária, dedicando-se à pesquisa no Instituto Manguinhos. Os acontecimentos mundiais como a Primeira Guerra Mundial (1914-1918) e a Revolução Russa (1917), impulsionaram o embrionário processo de industrialização. No Brasil, a classe operária foi crescendo e sendo influenciada pelo contexto mundial passando a exigir melhorias nas condições de trabalho (Scliar,2002).

A segunda década do século XX foi marcada por transformações importantes. Até esse momento o órgão que cuidava da saúde pública no Brasil estava vinculado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, ratificando assim, o caráter mercantilista das ações de saúde no país. Em 1920 foi criado por Carlos Chagas o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que tinha a função de responsabilizar-se pela profilaxia, propaganda sanitária, saneamento e controle de endemias. Avançando no desenvolvimento de uma infraestrutura de benefícios e serviços para os trabalhadores, em 1923 foi promulgada a Lei Elói Chaves (1923), esboço de uma previdência social do Brasil. Em São Paulo, por exemplo, havia fábricas que já ofereciam serviços médicos aos trabalhadores, fazendo, em troca, um desconto de 2% nos seus salários (Kujawa & Both, 2004; Paim,2009).

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2011), a Lei possibilitou a criação das Caixas de Aposentadorias e Previdência (CAPs) e deveria ser aplicada a todos os trabalhadores, mas o benefício não contemplou os trabalhadores rurais. As CAPs tinham administração própria através de um conselho composto de representantes dos empregados e dos empregadores. O Estado não participava do custeio das Caixas, elas eram mantidas com 3% dos vencimentos dos empregados e 1% das empresas.

Scliar (2002) apresenta uma questão relevante com relação a esse período. Em 1923 foi constituída a Sociedade Brasileira de Higiene, que reunia sanitaristas brasileiros. A sociedade tinha vínculos estreitos com o DNSP, mas ocorreu uma cisão no movimento provocada pelo acordo feito entre o governo brasileiro e a Fundação Rockefeller. Segundo o autor, o modelo da fundação era combatido pelos sanitaristas tanto por razões técnicas como por razões políticas. Em 1929, o governo brasileiro, buscando conciliar a situação, deixou na responsabilidade da fundação o Norte do país e o Sul ficou com o DNSP.

A fundação realizava serviços de assistência à gestante, vacinas e puericultura em centros de saúde. Vale salientar, ainda, que o Brasil teve outra parceria com os EUA, em 1942, durante a 2ª guerra onde foi criado a SESP – Serviço Especial de Saúde Pública, que visava sanear a Amazônia, com profilaxia da malária e assistência a trabalhadores da região; o interesse estava em garantir a produção da borracha, essencial para a guerra.

Os anos de 1930 no Brasil foram marcados por uma intensa industrialização e urbanização. O período de 1930 a 1945 foi marcado por muitas mudanças institucionais; o Estado Novo foi responsável pela expansão do capitalismo no campo ao mesmo tempo em que o novo regime político também se aproximava do movimento sindical e das classes operárias. A proposta era que a produção continuasse em crescimento e que o papel do governo central também aumentasse (Kujawa & Both, 2004).

A partir da Revolução de 1930, o DNSP foi transferido do Ministério da Justiça para o Ministério da Educação e Saúde. De 1933 a 1938 as CAPs são unificadas e absorvidas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), e seus recursos que antes eram recolhidos por empresa, passam a ser determinados em função da categoria profissional. De acordo com Cohn (2003) os IAPs representaram um retrocesso em relação às CAPs no que se refere ao seu funcionamento: “a contribuição dos empregadores que era um percentual sobre o faturamento da empresa, passa a ser um percentual sobre a folha de salários (...) esse retrocesso só será corrigido no atual texto constitucional de 1988” (p.18).

Em 1937, é promulgada a nova Constituição, a autoridade do presidente é reforçada (período da ditadura Vargas). Aos trabalhadores foi imposto um sindicato único e a exigência do pagamento de uma contribuição sindical. Em 1939, regulamenta-se a justiça do trabalho, e em 1943, é homologada a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Em 1946 é promulgada uma nova constituição que coloca o país num período de 19 anos de experiência democrática.

Kujawa & Both (2004) consideram que apesar dos avanços com a centralização da previdência e interferência do Estado, na Era Vargas, a atenção à saúde continuava restrita aos que contribuía, e a saúde pública estava restrita à periferia e se resumia a programas e serviços verticalizados para implementar campanhas e ações sanitárias, a fim de evitar epidemias que pudessem trazer maiores prejuízos ao modelo econômico da época.

O período de 1945 a 1964 foi marcado pelas consequências do fim da Segunda Guerra Mundial e da constituição da Guerra Fria que polarizou o mundo entre o bloco capitalista e o bloco socialista. No Brasil a era desenvolvimentista e o acelerado processo de crescimento industrial, tutelado pelo capital externo, provoca um desenvolvimento químico-farmacêutico, um investimento em grandes equipamentos de diagnóstico, o crescimento da

indústria farmacêutica e a construção de grandes hospitais. “a saúde passa a ser vista como um investimento industrial, e como tal, deveria ser tratada, com injeção de capital e tecnologia externos, com garantia de produção de taxas excedentes que justificassem os investimentos.” (Kujawa & Both, 2004,p.22).

Em 1953 o Ministério da Saúde (MS) é instituído e o combate a certas doenças passou a ser realizado de forma específica e centralizada. As campanhas para erradicar a malária, o combate à tuberculose e a vacinação contra a varíola foram alguns exemplos. No período do governo de Juscelino Kubitschek (JK), o SESP foi transformado em Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNER) e na década de 1960 foi substituído pela Superintendência de Campanhas (SUCAM). Para Paim (2009) a saúde pública dessa época era denominada de “sanitarismo campanhista (com ênfase em campanhas) e sanitário dependente (modelo americano da SESP)” (p.31).

Assim, a organização da saúde pública e dos serviços de saúde no Brasil estava separada: a medicina previdenciária implantada pelos IAPs, com ações curativas e individuais de um lado e de outro a saúde pública e a saúde do trabalhador (inserida no Ministério do Trabalho) com ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade; além disso, a assistência médica liberal e a filantrópica também compunha esse cenário (Paim,2009).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2011) considera que a 3ª Conferência Nacional de Saúde (3ª CNS), realizada em 1963, foi o último evento na experiência democrática, nela foi discutida a distribuição das responsabilidades entre os entes federativos, a realidade sanitária do país e uma clara proposição de municipalização de serviços.

Segundo Cohn (2003) o golpe militar de 1964 colocou os brasileiros à condição de resistência à força do Estado. O período do governo militar, com suas reformas institucionais, afetou profundamente a saúde pública; ele foi caracterizado pelo predomínio

financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica com vistas à mercantilização crescente da saúde. Em 1966 os IAPs são unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); aprofunda-se o perfil assistencialista da Previdência Social Brasileira, e os serviços médicos passam a ganhar importância na barganha clientelista e não mais as aposentadorias e pensões.

O modelo de saúde capitalista, que prioriza hospitais e remédios, foi reforçado pelas políticas desenvolvidas pelos militares. Só os que contribuíam para o sistema tinham acesso. O rendimento gerado pelo INPS eram maiores do que o orçamento da União, e não existia nenhum controle ou fiscalização. Em paralelo ao aumento das consultas fornecidas pelo INPS e a construção de grandes hospitais, os problemas de saúde provocados pela falta de saneamento e de atenção básica à saúde reapareceram (Kujawa & Both, 2004).

Na década de 1970 este modelo médico-assistencial cresceu, contrastando com as condições de saúde da população e com a contenção das ações em saúde pública, cujo orçamento capitaneado pelo Ministério da Saúde, até 1975 não alcançava 1% dos recursos públicos da área federal. Em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), devido à importância política que a previdência social assume no interior do regime militar: “meio privilegiado de relação direta entre as massas de trabalhadores e o Estado, e, sobretudo pelo volume de recursos que arrecada” (Cohn, 2003; p.4).

Em 1975 foi sancionada a Lei 6.229 que criou o Sistema Nacional de Saúde e introduziu as Ações Integradas de Saúde; foi também organizado o Sistema de Vigilância Epidemiológica separado da vigilância sanitária. Nesse contexto, diversos programas especiais foram criados para grupos prioritários, como o materno-infantil. É ainda nessa década que é criado, no âmbito da medicina previdenciária, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), que se incorpora ao recém criado MPAS (Paim, 2009; Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011).

Mais uma cisão fica configurada no setor público: a saúde pública cuida do controle de doenças transmissíveis e da fiscalização sanitária, e de outro a assistência médica do INAMPS, em expansão e com recursos sendo disponibilizados (Scliar,2002).

O final dos anos 1970 e durante toda década de 1980 muitos movimentos agitaram e modificaram a conjuntura política nacional. Desde o governo do general Geisel (1974-1979) já se inicia um período importante de inflexão política do regime militar; as críticas ao regime marcam esses anos, o movimento estudantil, o surgimento do movimento pela anistia, o novo sindicalismo, além do início do movimento sanitário passam a ser fundamentais na proposição de um Brasil livre daditadura.

É ainda no governo de Geisel que é lançado o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), orientado pela visão “Brasil grande potência”; nele se buscava o desenvolvimento econômico e social do país, e já apareciam algumas prioridades no campo social. A saúde estava incluída e o diagnóstico realizado denunciava a dificuldade gerencial e de estrutura técnica existente no setor (Conselho Nacional de Secretários de Saúde,2011).

A saúde se apresenta, nessa conjuntura nacional, como um campo em disputa política: como deveria atuar o governo brasileiro, principalmente nesse contexto de início de abertura democrática? Dois movimentos foram fundamentais na saúde: em 1976 foi criado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) em 1979. Constituindo-se como movimento social, esses grupos debatiam a situação da saúde no país, a crise na previdência, as ações não democráticas do governo e reivindicavam a democratização da sociedade como requisito para a superação da crise.

Na busca de construção de consensos, ainda em 1979 é realizado, na comissão de saúde da Câmara dos Deputados, o I Simpósio de Política Nacional de Saúde, onde o CEBES formulou a proposta do SUS, justificando suas diretrizes e princípios. Soma-se a isso

o cenário internacional que em 1978, a declaração de Alma-Ata reafirma o direito fundamental a saúde e enfatiza o papel dos governos na garantia desse direito, mesmo embora essa proposta já tivesse sido difundida internacionalmente desde a criação da ONU – Organização das Nações Unidas (Paim, 2009; Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011).

Atuando no campo ainda tensionado pelo regime autoritário, o Movimento Sanitário foi se configurando em torno de pessoas e grupos articulados ao redor de um projeto, construído a partir de um conjunto de práticas caracterizadas em 3 níveis: o da prática teórica (construção do saber); o da prática ideológica (transformação da consciência) e o da prática política (transformação das relações sociais).

O movimento propunha que era preciso ocupar os espaços institucionais e formular ativamente as políticas de saúde frente à crise do Estado. Incorpora a conotação de cidadania, que expressa a estratégia de universalização dos direitos, atribui a relação Estado-sociedade a possibilidade de interlocução e diálogo, contrapõe o conceito de controle social ao controle privado do Estado, e compreende identidade do movimento sanitário e seus agentes como uma construção histórica em processo (Faleiros, Vasconcellos, Silva, & Silveira, 2006).

Em 1986 foi realizada a VIII CNS, ficando marcada na história da saúde no país por sistematizar as proposições para a Reforma Sanitária Brasileira (RSB). O seu relatório final inspirou o capítulo “Saúde” da Constituição Federal de 1988 e posteriormente, as leis orgânicas da saúde que implantaram o SUS. A oitava, como ficou conhecida a Conferência refletiu as conquistas que o país vivia após a ditadura militar. Enquanto a legislação do SUS era debatida no Congresso Nacional, os entes federativos se articulavam para implantação de ações e serviços que contribuíssem nesse processo; destacam-se as Ações

Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) como estratégias-ponte para o SUS (Paim,2009).

É com esse histórico que o Sistema Único de Saúde (SUS) vai sendo instituindo e institucionalizando como a política de saúde no país. E é sobre o SUS que discutiremos a seguir.

### **O SUS no Brasil: o projeto político para a saúde**

O Sistema Único de Saúde - SUS no Brasil vem sendo implantado como um processo social em permanente construção. A institucionalização possível após a promulgação da Constituição Federal de 1988 foi resultado desse processo de mobilização em que o Movimento Sanitário pôde propor e conseguiu incorporar ideias fundamentais. O entendimento de que a saúde é resultado de políticas econômicas e sociais, a relevância pública das ações e serviços de saúde e a ideia central de que todas as pessoas têm direito à saúde, são proposições chave na organização do SUS.

A organização da política de saúde provocou mudanças no direcionamento da atenção à saúde, concomitantemente, essas mudanças foram resultados da articulação entre as lutas de movimentos sociais de homens e mulheres que teceram a Reforma Sanitária brasileira, e a produção do conhecimento que, de um lado fortalecia a ideia proposta pela reforma sanitária, e de outro proporcionava a estruturação de um novo âmbito de práticas denominado Saúde Coletiva (Santos,2009).

Ainda com o SUDS, alguns elementos propostos pelo movimento da reforma sanitária foram incorporados. Contemporâneo da constituinte, em seu desenho, propunha a universalização, a descentralização pela via da estadualização e a democratização das instâncias gestoras, mas ainda com a assistência médica vinculada ao INAMPS. O arranjo institucional do SUDS foi substituído pelo SUS após a CF de 1988.

De acordo com Paim (2009), o SUS deve ser considerado como uma política de saúde de natureza macrossocial derivada do projeto da Reforma Sanitária brasileira, articulando um conjunto de políticas específicas (atenção básica, atenção hospitalar, urgência e emergência, regulação, humanização, promoção da saúde, entre outras) e desenvolvendo distintas práticas de saúde.

Regulamentado sob os princípios da universalidade, equidade, integralidade e participação social, procurando assim concretizar medidas de ação em Saúde Coletiva, que já vinham sendo amplamente discutido nas conferências de saúde, o SUS representou uma democratização no acesso e na garantia à saúde para a população brasileira (Oliveira, Silva & Yamamoto, 2007).

A consolidação do SUS foi ocorrendo à medida que foram sendo estabelecidos mecanismos organizativos que pudessem ser reflexo das propostas políticas que a Reforma Sanitária imprimiu. A partir da CF/88 e das leis que implantaram o SUS, uma série de decretos, normas e resoluções foram elaboradas a fim de que os entes federativos se organizassem frente ao processo de garantia à população brasileira da saúde pública.

Para que o SUS tivesse sua organização disposta em lei, foi elaborado no período de 1989-1990 a Lei Orgânica da Saúde que passou a ser a referência para organização em todo território nacional das ações e serviços de saúde. A Lei nº 8080/90 foi complementada – após vários vetos presidenciais nos artigos que tratavam da participação social no SUS – com a Lei nº 8142/90 do mesmo ano que regula a participação da comunidade na gestão do SUS. Essas duas leis, são as bases jurídicas e constitucionais do SUS e o processo de organização e operacionalização do SUS foi sendo efetivamente iniciado após estas leis.

Visando orientar os entes federativos, responsáveis pelo funcionamento do SUS, as duas décadas seguintes às leis nº 8080/90 e 8142/90, foram marcadas por uma série

de Normas Operacionais, instituídas por meio de portarias, que definiram as competências de cada esfera de governo, as condições necessárias para que estados e municípios tivessem novas atribuições e os repasses financeiros a estes entes federados.

Na década de 1990, o INAMPS foi transferido para o Ministério da Saúde e posteriormente extinto em 1993. Ainda sob a presidência do INAMPS as primeiras Normas foram editadas e tiveram o caráter de induzir os estados e municípios na implantação, funcionamento e desenvolvimento do sistema e dar forma concreta e fornecer instrumentos operacionais à efetivação dos preceitos constitucionais da saúde. Com a extinção do INAMPS, o Ministério da Saúde passa a ser a autoridade sanitária em nível federal, a Secretaria de Estado da Saúde – SES, em nível estadual e a Secretaria Municipal de Saúde – SMS em nível municipal.

As Normas Operacionais Básicas (NOB) em seus textos impulsionaram a municipalização. Desde a primeira NOB em 1991, seguidas pelas de 1992 e 1993, e se consolidando com a NOB de 1996, a política de municipalização foi estabelecida através do pleno exercício do poder municipal na função de gestor da saúde. Essa norma instituiu a gestão plena do sistema municipal e a gestão plena da atenção básica; ela estimulou os municípios a organizar a atenção à saúde, adotando como estratégia prioritária a ampliação de cobertura do Programa de Saúde da Família – PSF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, e vinculou o repasse de recursos financeiros a partir dessa ampliação e da população efetivamente coberta. Ambas as estratégias surgidas de experiências de municípios nordestinos, existem até os dias atuais como forma de operacionalizar a atenção básica no país.

Os primeiros anos do século XXI foram fundamentais para o SUS. Em 2000, a Emenda Constitucional 29 foi aprovada e visava assegurar os recursos mínimos para o

financiamento das ações e serviços de saúde. Além disso, na primeira década dos anos 2000 as Normas Operacionais da Assistência à Saúde – NOAS são criadas, e ideias fundamentais para o SUS são colocadas em evidências, como o processo de regionalização e das redes de assistências, tão importantes para o funcionamento do sistema.

Nas NOAS instituídas nos anos de 2001 e 2002, foram ampliadas as responsabilidades dos municípios no que se refere à atenção básica, as regiões de saúde devem ser qualificadas, e os critérios de habilitação de municípios e estados foram revistos. Essa organização estabelecida pelas NOAS foi substituída em 2006 com a aprovação do Pacto pela Saúde.

O Pacto pela Saúde passou, a partir de 2006, a ser o guia para a organização das ações e serviços de saúde, no qual os entes federados deveriam se basear para a operacionalização do SUS. Trata-se de um acordo interfederativo articulado em três dimensões: O Pacto pela vida, o Pacto em defesa do SUS e o Pacto de gestão. O texto de regulamentação do Pacto pela Saúde visou consolidar o SUS, compreendendo que dificuldades precisavam ser superadas e que prioridades deveriam ser articuladas e integradas nas três dimensões (Portaria nº 399 de 2006, 22 de fevereiro).

As dimensões do Pacto pela Saúde buscaram organizar as ações com foco em resultados: indicadores de saúde foram pactuados na perspectiva do alcance de metas para a melhoria da saúde da população (pacto pela vida); o SUS deve ser ratificado como política de Estado, mais do que política de governo (pacto em defesa do SUS); e as responsabilidades de cada ente federado devem ser estabelecidas de modo transparente a fim de que se diminuam competências concorrentes e haja o fortalecimento da gestão compartilhada do SUS (pacto de gestão).

As prioridades elencadas no Pacto pela Saúde nortearam as práticas e os programas organizados e estimulados pelo Ministério da Saúde. De acordo com o CONASS (2011) as prioridades foram detalhadas em indicadores e metas a serem seguidas nos anos de 2008 a 2011, e são as seguintes:

- I. Atenção à saúde do idoso;
- II. Controle do câncer de colo de útero e mama;
- III. Redução da mortalidade infantil e materna;
- IV. Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endêmicas, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e Aids;
- V. Promoção da saúde;
- VI. Fortalecimento da atenção básica;
- VII. Saúde do trabalhador;
- VIII. Saúde mental;
- IX. Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência;
- X. Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência;
- XI. Saúde do homem.

A ideia era indicar aos gestores que aderissem ao pacto que o compromisso assumido deveria permear a organização do SUS nos diversos aspectos operacionais,

priorizando a organização em regiões sanitárias; construindo redes de atenção à saúde, fortalecendo mecanismos de participação social; instituindo mecanismos de cogestão e planejamento regional; etc. Buscava-se estimular no país uma cultura de pactuação e coresponsabilidade na consolidação do SUS.

Todo esse processo de institucionalização e efetivação do SUS continua acontecendo e a experiência acumulada após o Pacto pela Saúde, resultou, em 2011, na publicação do Decreto nº 7508 que regulamenta a Lei nº 8080/90. O Decreto nº 7508/2011 é a legislação mais atual que agrega todo o direcionamento organizativo do SUS no Brasil, nele a proposta de constituição de redes de atenção à saúde, já sinalizadas no pacto pela saúde, aparecem de modo concreto como elementos estruturantes para o funcionamento do SUS.

Nesse arranjo organizativo, busca-se que o acesso às ações e serviços de saúde, se inicie pelas portas de entrada do SUS, e se complete na rede regionalizada. Os serviços de atenção primária e de atenção psicossocial se configuram como portas de entrada às ações e serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde - RAS e devem ser considerados no processo de constituição de uma região de saúde (Brasil, 2011).

No artigo 2 do Decreto nº 7508/2011, são apresentados conceitos essenciais na estruturação do planejamento da saúde, da assistência à saúde e da articulação interfederativa. Considera-se:

I - Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;

## II -PortasdeEntrada-serviçosdeatendimentoinicialàsaúdedousuário

SUS;

III - Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência àsaúde.

A partir do decreto há uma atualização do que já estava sendo proposto em 2010 através da Portaria nº 4279/2010, que trata das diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.

O conjunto de normas, portarias e legislações que tratam da organização e funcionamento do SUS, são, para além do seu caráter técnico, propostas de reestruturação para um modelo de atenção à saúde que encontra dificuldades de se consolidar, e que se depara com dificuldades concretas de acesso e qualidade das ações de saúde à população, por isso a necessidade da apropriação do processo de regulamentação da política de saúde no país. Além da possibilidade de uma atuação transformadora, seja como trabalhador(a), gestor(a), e usuário(a), conhecer o processo de legitimação do SUS como política pública de saúde é fundamental para o fortalecimento de práticas que contribuam na efetivação do SUS como um projeto político para a saúde noBrasil.

### — A proposta das redes de atenção à saúde como modelo deatenção

A ideia de modelos de atenção à saúde baseia-se em estudos desenvolvidos em diversos países onde foi possível analisar o enfrentamento às doenças agudas e crônicas realizados pelos sistemas de saúde locais. De acordo com Mendes(2007):

Os modelos de atenção à saúde são configurações-tipo que os sistemas de saúde adquirem, em determinado tempo e em determinado lugar, em função da visão prevalecente da saúde, da situação demográfica e epidemiológica e dos fatores econômicos e culturais vigentes articulando, singularmente, diferentes intervenções no processo saúde/doença (p.13)

Este autor enfatiza ainda que o modelo adotado denota como o país está organizando suas demandas de saúde, e que é ele quem norteia os momentos de construção das redes de atenção à saúde. Nos países que passaram pelo processo de mudanças em seu perfil epidemiológico, é preciso adequar o modelo de atenção à saúde a realidade atual. As ações em saúde focadas na eliminação de surtos de doenças e que se baseavam na resolução de problemas de forma focada e em curto prazo, como viveu o Brasil na época do modelo campanhista de atenção à saúde, onde o controle epidemiológico e às doenças transmissíveis eram o foco central, necessitam ser ultrapassadas por um modelo que garanta a ampliação do cuidado de modo a responder as mudanças em desenvolvimento no mundo.

Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde - OMS (2003) chamou a atenção para as condições de saúde no mundo. Considerando que as taxas de fecundidade diminuem, as populações envelhecem, as expectativas de vida aumentam, os padrões de consumo e os estilos de vida adotados se modificam, é que as mudanças nas condições de saúde acontecem. Aliado a isso, a categoria condição de saúde diz respeito a situações na vida das pessoas, que podem se apresentar de forma mais ou menos persistente e que incorpora certos estados fisiológicos, para além da doença, como é a gravidez e o acompanhamento aos ciclos de vida.

Na perspectiva de ampliar a tipologia amplamente utilizada pela epidemiologia no trabalho na saúde entre doenças transmissíveis e doenças não transmissíveis, a OMS

adotou os conceitos de *condições agudas e condições crônicas* no debate da estruturação dos sistemas de saúde e dos modelos de atenção à saúde adotada por esses sistemas. A atenção às condições agudas visa dar respostas às questões de agudização das condições crônicas e garantir em menor tempo o acesso ao atendimento às pessoas em situação de urgências e emergências, baseando-se em sinais de alerta e adotando a classificação de risco como modelo de triagem (Mendes,2011).

Já na atenção às condições crônicas o sistema de saúde deve ser focado na promoção e manutenção da saúde através da organização de uma rede integrada e de uma atenção estruturada em um planejamento que agrega as diversidades de possibilidades e contextos sociais que são produzidas pelos padrões de consumo que repercutem nos estilos de vida e nos comportamentos das pessoas (Mendes,2011).

As condições e doenças crônicas iniciam e evoluem lentamente, faltam padrões regulares, os sintomas são mais variados e levam à perda da capacidade funcional. Mendes (2012) citando Lorig et al.(2006) afirma que nas condições crônicas cada sintoma pode levar a outros : “...a condição crônica leva à tensão muscular que leva a dor que leva à estresse e ansiedade que leva a problemas emocionais que leva a depressão que leva a fadiga que alimenta a condição crônica(p.4)”.

O agravamento das condições crônicas de saúde tem relações estabelecidas diretamente com o as mudanças vivenciadas pelos países em desenvolvimento, como o Brasil. Por apresentar uma transição demográfica acelerada, com diminuição nos níveis de fecundidade e de mortalidade, e com o aumento da expectativa de vida, há uma mudança na pirâmide etária do país: há um envelhecimento da população. Estima-se que em 2050 o percentual de jovens caia para 18%, enquanto que o percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos, deva alcançar 19% no mesmo ano. Vale ressaltar ainda que as relações entre

condições crônicas e pobreza estão estabelecidas e compõem um círculo: a pobreza favorece o aparecimento de doenças crônicas e de outro, as condições crônicas aprofundam a pobreza (Mendes,2011).

Mediante as condições de saúde que os países enfrentam os sistemas de atenção à saúde também precisam acompanhar essas condições, superando a fragmentação da atenção através da adoção de sistemas integrais que acompanhem as transições e garantam respostas as situações epidemiológicas dominantes. Sejam nos países desenvolvidos, de forma mais incisiva, e nos países em desenvolvimento pela situação de dupla ou tripla carga da doença, ao analisarmos os indicadores sociais e os indicadores da saúde, verifica-se que há um desencontro entre a situação de saúde e a adoção de um sistema que dá resposta a essas situações: mesmo com uma carga elevada de condições crônicas de saúde, os sistemas adotados focam suas ações na atenção às condições agudas (Mendes 2012; Organização Mundial da Saúde,2003).

Segundo a Organização Mundial de Saúde(2003):

Nos países em desenvolvimento, as condições crônicas surgem basicamente no nível de atenção primária e devem ser tratadas principalmente nesse âmbito. No entanto, grande parte da atenção primária está voltada a problemas agudos e às necessidades mais urgentes dos pacientes. Como parte de um conjunto de esforços, deve-se primeiramente melhorar a atenção primária. Um sistema de atenção primária incapaz de gerenciar com eficácia o HIV/AIDS, o diabetes e a depressão irá se tornar obsoleto em pouco tempo. De fato, a atenção primária deve ser reforçada para melhor prevenir e gerenciar as condições crônicas (p.8).

No Brasil devido à carga variada das doenças, dos modelos de organização adotados e do nosso contexto histórico, convivemos com um misto de modelos de atenção onde as situações de agudização da saúde, inclusive as ocasionadas pelos processos fragilizados das condições crônicas, são prioridades ao mesmo tempo em que a política indica em suas legislações a necessidade da estruturação de um sistema integrado de atenção, coordenado pela APS e articulado numa rede em que o sistema de saúde tem o seu modelo de atenção coerente com as necessidades locais.

A Organización Panamericana de la Salud - OPS (2008) descreveu como os países das Américas tem estruturado seus sistemas de saúde, e indica a necessidade de fortalecer os sistemas construídos com base em redes de atenção. Partindo da ideia de que a fragmentação dos serviços ocorre devido à estrutura organizativa tradicional onde se desenvolveram subsistemas dirigidos a parcelas da população; o documento aponta a necessidade de avançar no exercício do direito à saúde e na adesão a modelos de organização dos serviços de modo a garantir sistemas mais acessíveis, equitativos, eficientes, de melhor qualidade técnica e que satisfaçam seus usuários(as).

O baixo desempenho causado pela fragmentação dos sistemas de saúde se expressa no cotidiano dos serviços quando há dificuldades no acesso (a um serviço, a um profissional, etc) ou ele é limitado; quando a demanda reprimida dos serviços é maior que a capacidade de oferta; quando o acompanhamento longitudinal é difícil; quando a continuidade assistencial em outros serviços é impedida pela longa lista de espera; manifesta-se ainda quando a ênfase está nos processos curativos e individuais e não há estímulos à prevenção e ao desenvolvimento de ações coletivas. Além disso, as práticas deveriam estar ajustadas a realidades culturais e de gênero das pessoas e serem baseadas em conhecimentos científicos (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

A partir da década de 1990 vários estudos foram realizados na busca de encontrar elementos para superar a fragmentação dos sistemas de atenção à saúde. Era preciso descobrir os principais fatores que pudessem contribuir no processo de integração da atenção. De forma macro, analisando as experiências de vários países dos Estados Unidos da América – EUA, Europa, Canadá, América Latina e Brasil, Mendes (2011) sistematizou as pesquisas de diversos países que tratavam de iniciativas de indução a integração nos serviços de saúde; através dos resultados foi possível identificar alguns padrões que devem estar contidos nos modelos de atenção à saúde que buscam ser integrados.

Buscando representar os resultados das pesquisas, o quadro abaixo foi proposto:

**Tabela 1**

*Iniciativas de indução a integração nos serviços de saúde.*

| <b>País</b>   | <b>Estratégias para integração</b>   |
|---------------|--|
| <b>EUA</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforço na APS;</li> <li>• Mudança de foco de ação das condições agudas para as condições crônicas;</li> <li>• Centralidade nas ações de promoção e prevenção;</li> <li>• Responsabilização por uma população definida;</li> <li>• Trabalho multidisciplinar;</li> <li>• Adoção da gestão da clínica;</li> <li>• Coordenação do cuidado;</li> <li>• Ações integradas: práticas clínicas em equipes multiprofissionais.</li> </ul>   |
| <b>Canadá</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabilidade por uma população definida;</li> <li>• Adoção de médicos de família – como porta de entrada.</li> <li>• Planejamento com base nas necessidades da população;</li> <li>• Formulação das modalidades de atenção;</li> <li>• Integração de prevenção e cura;</li> <li>• Integração da saúde com a assistência social;</li> <li>• Investimento em Tecnologia da Informação - TI;</li> <li>• Pagamento por capitação;</li> <li>• Delegação de procedimentos a enfermagem;</li> <li>• Telemedicina em regiões com baixa densidade demográfica;</li> <li>• As redes de atenção à saúde como sistemas integrais de saúde.</li> </ul> |

Continua

| País                    | Estratégias para integração   |
|-------------------------|---|
| <b>Europa Ocidental</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Já em 1964 com os primeiros indicadores para o trabalho em rede – relatório Dawson (Organização Panamericana de salud, 1964): <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Integração da medicina curativa com preventiva;</li> <li>○ Papel central do médico generalista;</li> <li>○ Porta de entrada na APS;</li> <li>○ Atenção secundária as unidades ambulatoriais;</li> <li>○ Atenção terciária nas unidades hospitalares;</li> </ul> </li> <li>• Na Holanda: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Substituição de hospitais pelo uso de hospitais/dia;</li> <li>○ Introdução de técnicas menos invasivas;</li> <li>○ Redução de internações sensíveis ao ambulatório;</li> <li>○ Introdução da gestão da clínica nos hospitais;</li> <li>○ Atenção hospitalar e ambulatorial integradas com outros pontos de atenção;</li> <li>○ Institucionalização de novas formas de atenção como a atenção domiciliar, os centros de enfermagem, o centros de assistência social.</li> </ul> </li> <li>• Espanha: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Atenção à população sadia;</li> <li>○ Atenção aos fatores de risco;</li> <li>○ Atenção ao diagnóstico e o primeiro tratamento;</li> <li>○ Tratamento por fases das doenças;</li> <li>○ Integração em três níveis: APS, atenção especializada e atenção sócio sanitária.</li> </ul> </li> <li>• Alemanha: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Integração médica e economia dos serviços;</li> <li>○ Integração de serviços ambulatoriais e hospitalar;</li> <li>○ Integração farmacêutica e de enfermagem;</li> <li>○ Continuidade do cuidado;</li> <li>○ Incentivos às ações de promoção e prevenção.</li> </ul> </li> <li>• Busca-se constituir redes regionais com fortalecimento da APS como coordenadora do sistema de saúde;</li> <li>• Uso de diretrizes clínicas baseadas em evidências.</li> </ul> |
| País                    | Estratégias para integração   |
| <b>América Latina</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• As redes de atenção à saúde são incipientes;</li> <li>• No Chile: é uma política oficial do Ministério da Saúde.</li> <li>• Integração da atenção como prioridade em muitos países;</li> <li>• Criação de legislações e induções para organização dos sistemas de saúde com foco na população definida para atendimento, e com redes de serviços estabelecidas em âmbito territorial;</li> </ul>   |

Nota: Quadro criado pela autora a partir de Mendes(2011)

No Brasil:

1. Experiências no Ceará, Minas Gerais, Paraná, Espírito Santo – sistemas integrados de saúde regionais.
2. Avaliação do Banco Mundial para o serviço de saúde de Curitiba-PR: ponto forte da experiência das redes de atenção à saúde é a qualidade da APS;
3. Os governos elencam redes prioritárias temáticas – relação direta com as condições de saúde vividas;

4. Para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) a implantação de redes de atenção à saúde na promoção do alinhamento da situação epidemiológica brasileira com o modelo de atenção à saúde doSUS.
5. O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) apresenta proposta de construção de redes de atenção noSUS.
6. Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS constroem consenso na Comissão Intergestora Tripartite – CIT acerca das redes de atenção à saúde: a Portaria nº 4.279/2010 que estabelece as diretrizes para organização das redes noSUS.

A estruturação das redes de atenção à saúde, como modelo de atenção adotados nos países do mundo, é apontada como solução para o processo de fragmentação da atenção. Elas seriam capazes de agregar tanto as necessidades de organização do sistema como as necessidades referentes às condições de saúde que podem viver as pessoas.

Do ponto de vista sanitário e econômico dos sistemas de saúde as redes são apontadas como saídas para a crise; sua proposta de integração diminui as incapacidades funcionais e melhora a qualidade de vida das pessoas. Um ponto relevante ao analisarmos as estratégias adotadas no mundo é o papel da APS. Para que as redes de atenção à saúde sejam efetivas, a integração da APS com outros níveis de atenção e com a população adstrita deve ser estabelecida para que os efeitos sejam mais positivos e usuários sintam-se mais satisfeitos (Mendes,2007).

Para OPS (2011) a APS deve ser o ponto base na estruturação das redes de atenção à saúde; é através dela que o fluxo deve ser estabelecido: o fluxo das pessoas e da organização dos serviços; ela deve ser o centro de comunicação com a rede, deve ser acessível e capaz de conduzir o acesso aos pontos da rede de modo que as pessoas usufruam do cuidado em saúde nos diversos serviços, sempre que for necessário; ela deve coordenar a atenção com

foco na família e no contexto comunitário, reconhecendo as diversidades culturais e sociais no processo de enfrentamento às condições de saúde.

Starfield (2002), reforçando o papel da APS na estruturação das redes de atenção, aponta que:

a atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas (...) é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho dos outros níveis do sistema de saúde, aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, reabilitação e cura para maximizar a saúde e o bem-estar (p.28).

Para o funcionamento efetivo da rede é preciso que a APS esteja fortalecida e exerça sua capacidade de operacionalização, de modo que a constituição das redes seja coerente com os princípios organizativos do SUS e garantam mais eficiência e qualidade nas ofertas de ações e serviços de saúde à população.

### **— A Atenção Básica: operacionalizando a Atenção Primária à Saúde – APS no Brasil**

O Brasil está fazendo a opção de organizar seus serviços e ações em saúde – como política de Estado no SUS – estruturando-os em concepções que tem raízes no que propõe os modelos de atenção à saúde. Nas experiências vividas nos locais em que as redes de atenção à saúde devem ser executadas pelo estado, como política pública, a APS tem a função de ordenar e coordenar o cuidado. É através da APS que os usuários vivenciam a complexidade de serem estimulados a cuidar de sua saúde, a atuar de forma ativa nas decisões e

processos de enfrentamento das doenças e de organização dos serviços, além de buscar desenvolver o caráter comunitário e familiar no desenvolvimento da resolução dos problemas.

No Brasil, a APS tem sido operacionalizada através da Atenção Básica (AB), que deve organizar a rede e os serviços prioritariamente através da Estratégia de Saúde da Família. A AB tem se estruturado como política, com diretrizes e fundamentações próprias, dentro do SUS.

Neste trabalho, atenção básica e atenção primária (nas concepções atuais) são consideradas como equivalentes, mas o termo Atenção Básica (AB) será utilizado com maior frequência e está definida como o conjunto de ações e serviços de caráter assistencial e preventivo, executados como política de saúde com práticas participativas, gerenciais e sanitárias, por equipes de trabalho em territórios delimitados e dirigidos a populações delimitadas, pelas quais se responsabilizam sanitariamente. Na atenção básica à saúde, existe uma complexidade tecnológica, que mesmo sendo de baixa densidade, requer intervenções que considerem a dinamicidade do território onde vivem as populações, e sejam efetivas na resolução de problemas prioritários desses territórios (Ministério da Saúde, 2011); (Política Nacional da Atenção Básica, 2011); (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011).

A importância de definir o termo Atenção Básica e de justificar sua utilização ao longo deste trabalho, reside na utilização do termo Atenção Primária à Saúde (APS) por muitos autores na discussão acerca dos modelos assistenciais que os países adotaram ao longo da história da saúde. Desde a Declaração de Alma – Ata (1978), indicou-se aos governos que fossem formuladas políticas públicas onde a APS fosse estruturante do sistema nacional de saúde, como vemos no artigo VII:

Todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação para lançar/sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com

outros setores. Para esse fim, será necessário agir com vontade política, mobilizar os recursos do país e utilizar racionalmente os recursos externos disponíveis (Declaração de Alma – Ata,1978).

A partir daí, muitas experiências foram sendo elaboradas com foco na estruturação da política de saúde, onde a APS deve ser fortalecida. Conill (2008) chama a atenção para as diferentes organizações e diferentes entendimentos, que diversos países, como Canadá, Inglaterra e EUA, possuíam na operacionalização da APS anteriormente a1978.

Nestes países, por muito tempo, a APS estava relacionada à oferta de serviços de caráter social, direcionados a populações menos favorecidas, baseadas em reformas nos sistemas de saúde, que consideravam a urgência de se enxugar os gastos com políticas sociais; tal fato se agrava com a crise do *Welfare State*, refletida nas transformações mundiais na década de 1980 e 1990, impulsionando, assim, mudanças significativas nos modelos de APS que vinham sendo desenvolvido nesses país até estemomento.

Buscando se afastar desses conceitos, mas considerando a importância do fortalecimento da APS no Brasil, é que o Ministério da Saúde adotou o termo Atenção Básica para definir APS, sem que seus conteúdos signifiquem uma atenção limitada e focalizada com atenção primitiva à saúde. De modo contrário, busca reconhecer seu caráter estruturante no sistema de saúde, considerando uma atenção básica ampliada, abrangente e inclusiva, de responsabilidade organizacional dos três entes federativos (Conselho Nacional de Secretários de Saúde,2011).

A APS vem demonstrando ser um elemento chave na constituição dos sistemas nacionais de saúde e ela é considerada como o *locus* privilegiado para a promoção da saúde. Segundo Mendes (2010, p. 23), para se superar a fragmentação dos sistemas de atenção à saúde deve-se implantar redes de atenção à Saúde, que “são organizações poliárquicas de

conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde”. Tal conceito é fundamental nas discussões atuais sobre a política de saúde, e referenda, mais uma vez, o papel da APS em sua estruturação.

No Brasil, a partir do desenvolvimento positivo do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, existente desde 1991, desenvolveu-se o Programa de Saúde da Família – PSF configurando-se, a partir de 1994, como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial e reorganização da atenção à saúde, a partir da atenção básica; assim, a saúde da família passa a ser considerado como prioridade na consolidação do SUS (Costa et al,2009).

Posteriormente, o PSF foi se expandindo para os municípios brasileiros, o seu financiamento foi alterado, seu modelo de gestão, cada vez mais, passa a ser de responsabilidade municipal, e assim, a saúde da família muda de programa para estratégia prioritária no processo de modificação do modelo assistencial vigente, sendo fortalecida ao longo do tempo com incentivos de órgãos financiadores externos, como é o caso do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – ProESF, criado, estrategicamente, para que municípios de grande porte, possam estruturar a atenção básica como porta de entrada para as ações e serviços de saúde, tendo a Estratégia de Saúde da Família como prioridade no desenvolvimento da política da atenção básica (Brasil,2005).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), regulamentada pela portaria N° 2.488 de outubro de 2011 apresenta que para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde – RAS, a atenção básica deve ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde como mais levado a cabo de descentralização e capilaridade, sendo assim, base para o

desenvolvimento das redes; deve ser resolutiva, identificando riscos e articulando intervenções efetivas com vistas à autonomia dos indivíduos e dos grupos sociais; deve coordenar o cuidado, elaborando, acompanhando e sendo centro de comunicação entre os pontos de atenção das RAS; e deve também ordenar as redes, contribuindo para que as necessidades da população sejam conhecidas e articuladas a outros pontos de atenção à saúde.

A PNAB reafirma a Estratégia de Saúde da Família como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da atenção básica à saúde no país; para isso, os municípios, com cooperação dos demais entes federativos, devem reorientar seu processo de trabalho aprofundando os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica. Além da ESF, a política atualizada, agrega e apresenta novas modalidades de equipes de atenção básica para populações específicas (Consultório na Rua, Equipes de Saúde da Família Ribeirinha e Equipes de Saúde da Família Fluviais, por exemplo), define como deve se organizar os pólos da Academia da Saúde<sup>1</sup>, e, além disso, dispõe sobre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), reafirmando seu papel de ampliar o escopo das ações da atenção básica, e de sua resolutividade, ratificando seu caráter de compartilhar saberes e de ser apoio junto aos profissionais da AB, atuando diretamente no apoio matricial às equipes a que o NASF se vincule e no território dessas equipes.

Como a APS representa um complexo conjunto de conhecimentos e procedimentos, e demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população, e mediante essa complexidade, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), através da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 como intuito de apoiar a inserção da ESF na

---

<sup>1</sup> O Programa Academia da Saúde, criado pela [Portaria nº 719](#), de 07 de abril de 2011, tem como principal objetivo contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis. ([www.saude.gov.br/academiadasaude](http://www.saude.gov.br/academiadasaude))

rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil.

Buscando detalhar melhor a organização e o funcionamento do NASF é que a sessão seguinte foi proposta.

### **Os NASF contribuindo na qualificação da Atenção Básica**

*“Ampliar e fortalecer os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), inclusive ampliando sua composição, e reduzir o número mínimo de equipes que podem ser acompanhadas pelo NASF, permitindo acesso desta política também aos municípios pequenos.”*

*Proposta aprovada na 14ª Conferência Nacional de Saúde.*

O NASF faz parte da Atenção Básica, mas não são serviços com unidades próprias, independentes e com livre acesso para atendimento, ele deve estar integrado às redes de atenção à saúde e às redes intersetoriais, como educação e assistência social, e às redes comunitárias (Política Nacional da Atenção Básica, 2012).

As Equipes NASF devem considerar a família de forma integral e sistêmica, como espaço de desenvolvimento individual e de grupo, dinâmico e passível de crises; identificar a relação da família com a comunidade; identificar processos de violência no meio familiar e abordá-los de forma integral, organizada, com participação das diferentes disciplinas e setores e de acordo com os preceitos legais e éticos existentes.

A Política Nacional da Atenção Básica – PNAB (2012) aponta ao NASF a necessidade do cuidado integral aos usuários do SUS e propõe que através da ampliação da clínicaas ESF possam ser auxiliadas, em termos clínicos e sanitários, na capacidade de

análise e intervenções nos problemas de saúde. As ações de apoio que o NASF pode realizar citadas na PNAB são:

Discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes, etc. (PNAB 2012,p.70)

Buscando desenvolver um trabalho integrado, as equipes NASF devem organizar seu processo de trabalho com vistas a diminuir a fragmentação da assistência em áreas estratégicas onde o cuidado está fragmentado e frágil na AB. Nove áreas de atuação são sugeridas pelo Ministério da Saúde(2008):

- SaúdeMental;
- Reabilitação e a Saúde Integral à PessoaIdosa;
- Alimentação eNutrição;
- AssistênciaFarmacêutica;
- Intersetorialidade, Redes Sociais e ParticipaçãoCidadã;
- Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente;
- Atenção Integral à Saúde daMulher;
- Práticas Integrativas eComplementares;
- Práticas Corporais e AtividadeFísica.

Utilizando de ferramentas tecnológicas, como o Projeto Terapêutico Singular – PTS, o Projeto de Saúde do Território, o Apoio Matricial, a Clínica Ampliada e a Pactuação do Apoio e seguindo diretrizes e princípios gerais, os profissionais das equipes NASF devem desenvolver apoio às equipes de saúde na Atenção Básica.

Com a institucionalização do NASF como um dispositivo de fortalecimento da Atenção Básica no Brasil, através da portaria nº 154/2008, o SUS tem oferecido através do Ministério da Saúde - MS o custeio de equipes NASF em todos os municípios brasileiros. Isso significa que todos os municípios, independente de seu contingente populacional, pode dispor de uma equipe multiprofissional no apoio e ampliação do cuidado ofertado pelas Equipes de Saúde da Família no país.

Atualmente a Portaria Nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, possibilitou que todos os municípios do país possam ter, pelo menos, uma equipe NASF na AB. Com esse processo de universalização, parece possível ampliar-se a qualificação da atenção básica e o desenvolvimento do modelo de atenção à saúde. Num país com condições de saúde onde as doenças crônicas aumentam e as expressões das condições agudas de adoecimento permeiam os serviços, torna-se necessário à adoção de práticas que modifiquem os padrões organizativos e contribuam na adoção de modelos de saúde que respondam as necessidades locais.

Na composição das equipes o Ministério da Saúde sugere dezenove profissões, dispostas em 11 categorias profissionais, visto que 9 são modalidades de exercício da medicina:

1. Assistente Social
2. Farmacêutico

3. Fisioterapeuta
4. Fonoaudiólogo
5. Nutricionista
6. Professor de Arte e Educação
7. Profissional/Professor de Educação Física
8. Psicólogo
9. Sanitarista
10. Terapeuta Ocupacional
11. Médico
  - a. Acupunturista
  - b. Ginecologista/Obstetra
  - c. Homeopata
  - d. Pediatra
  - e. Psiquiatra
  - f. Geriatra
  - g. Internista (clínica médica)
  - h. Médico do trabalho
  - i. Médico veterinário

A escolha dos profissionais que deverão compor as equipes NASF, é uma opção que o gestor municipal faz no projeto de implantação das equipes que são enviados ao Ministério da Saúde. Desde a primeira portaria em 2008, sugere-se que os profissionais a compor uma equipe NASF possam contribuir no enfrentamento às condições de saúde que cada município possui, sugere-se ainda a vinculação de pelo menos um profissional da Saúde Mental (Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Psiquiatra) na composição das equipes, devido a grande incidência de problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas e da necessidade de acompanhamento das questões de Saúde Mental nos territórios da Atenção Básica.

A portaria GM nº 154/2008 ainda define um conjunto de ações que TODOS os profissionais devem desenvolver em conjunto com as ESF:

- I. Identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas;
- II. Identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, o público prioritário a cada uma das ações;
- III. Atuar, de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas ESF e de Internação Domiciliar, quando estas existirem, acompanhando e atendendo a casos, de acordo com os critérios previamente estabelecidos;
- IV. Acolher os usuários e humanizar a atenção;
- V. Desenvolver coletivamente, com vistas à intersetorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras;

- VI. Promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa com os Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde;
- VII. Elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades dos NASF por meio de cartazes, jornais, informativos, faixas, folders e outros veículos de informação;
- VIII. Avaliar, em conjunto com as ESF e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos;
- IX. Elaborar e divulgar material educativo e informativo nas áreas de atenção dos NASF;e
- X. Elaborar projetos terapêuticos individuais, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas ESF e os NASF do acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.

O leque de ações que os profissionais do NASF devem executar juntamente com as ESF requer de cada profissional um conjunto de características e práticas de trabalho que manejadas de forma intencional possam gerar resultados positivos na consolidação do sistema de saúde. Mas como essas características se apresentam? Como é possível identificá-las? Quais práticas podem ser socializadas com outros profissionais para que as características se ampliem e contribuam de forma propositiva no cotidiano do trabalho?

O apoio matricial é apontado como uma ferramenta. Figueiredo & Campos (2008), enfatizam a atualidade da discussão do apoio matricial, visto que ele foi incorporado

nos mesmos moldes como estratégia em nível nacional, referindo-se a criação do NASF, pelo Ministério da Saúde(2008).

O conceito de matriciamento tem em Gastão Wagner de Sousa Campos uma referência significativa no campo da saúde coletiva e das políticas de saúde. O autor propõe a existência de equipes de apoio matricial que, junto às equipes de referência, oferece suporte técnico especializado a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações. Apoio matricial e equipe de referência são ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões (Campos,1999).

Com o apoio matricial, seria possível às equipes de referência a instrumentalização da clínica ampliada, que, como uma resignificação da clínica tradicional, possibilita aos profissionais das equipes de saúde, o deslocamento da ênfase na doença para o sujeito concreto e singular, vivenciando determinada enfermidade; além disso, agrega às práticas as dimensões subjetivas, social e cultural como outros determinantes a serem consideradas. A clínica ampliada busca resolver o impasse do trabalho fragmentado e médico- centrado, e é considerada como fundamental na atenção básica (Cunha, 2007; Campos,2003).

Outra ferramenta possível para o trabalho desenvolvido pelo NASF é a Educação Permanente em Saúde – EPS. O dispositivo da educação permanente se consolida no SUS através da Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, que regulamenta a Política de Educação Permanente em Saúde. Através dela, busca-se a reflexão coletiva sobre o trabalho no SUS, incluindo a produção do cuidado, a dinamização dos coletivos, o trabalho em equipe, a gestão, e a capacidade de problematizar o cotidiano de modo a identificar os pontos sensíveis e os pontos estratégicos para a produção da integralidade e da humanização.

Propõe-se um estilo de gestão, onde os pactos de reorganização do processo de trabalho sejam construídos coletivamente, onde todos os profissionais proponham alternativas para a superação dos problemas. Além disso, a ideia de que é preciso aproximar as discussões da política geral com as singularidades do cotidiano, é fundamental nos processos cotidianos do SUS (Brasil,2011).

Com estratégias baseadas na coletivização das responsabilidades, no compartilhar do cuidado, na definição de prioridades, nas análises das condições de saúde, e no suporte assistencial e técnico-pedagógico, o apoio desenvolvido pelas equipes NASF deve nortear suas ações no desenvolvimento de práticas voltadas à atenção integral à saúde e no suporte as Equipes de Saúde da Família.

### **Agregando Saúde Mental e Atenção Básica: A Rede de Atenção Psicossocial –RAPS**

Agregar as discussões sobre a política da atenção básica e a política de saúde mental no SUS, é uma tarefa de retomada histórica dos processos da reforma psiquiátrica e da reforma sanitária no Brasil. Ambas foram se consolidando num longo processo de lutas e conquistas, num país marcado pela ditadura militar, e referendadas com a constituição de 1988, e a construção do SUS enquanto política de Estado. Sabe-se que com o passar dos anos, os desafios foram se complexificando, e frente a isso, possibilidades foram sendo apontadas.

Yasui e Costa-Rosa (2008) apresentam a Estratégia da Atenção Psicossocial (EAPS) como uma possibilidade que contempla as transformações práticas, teóricas, éticas e políticas vivenciadas pela atual política de saúde mental. Os autores fazem um paralelo da EAPS com a Estratégia de Saúde da Família na perspectiva de enfatizar a necessidade de superação do paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico medicalizador, pelo paradigma psicossocial que situe a Saúde Mental no campo da Saúde Coletiva.

Apresentam ainda os desafios cotidianos das instituições de saúde mental que buscam implementar esse novo paradigma e discute a possibilidade do matriciamento ser uma ferramenta que contribua nas relações atuais que se dão entre o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), os ambulatórios de saúde mental, e entre eles dois e a atenção básica. Acredita-se que ações de matriciamento podem esclarecer os profissionais sobre como atuar nessa perspectiva, proporcionando uma ampliação do campo de atuação e impulsionando a construção de relações interdisciplinares e intersetoriais (Yasui & Costa-Rosa,2008).

Os autores ainda apontam os NASF como um dispositivo onde a prática da EAPS pode ser operacionalizada pela prática do matriciamento; e ainda ressaltam a alta complexidade das ações em saúde mental realizadas seguindo-se este paradigma, por isso a necessidade constante de processos de educação permanente para que os profissionais, tanto os que estão nos CAPS e nos ambulatórios, como os que compõem as equipes de saúde da família, possam atuar sobre as demandas nos territórios respondendo às especificidades das demandas que lhes são atribuídas, e compartilhando o cuidado e a atenção à saúde como medida para diminuir os processos de medicalização e psicologização, tão presentes ainda no modelo atual (Yasui & Costa-Rosa,2008).

O modo como a política de saúde mental foi se estruturando até chegar a discussão atual referente à Rede de Atenção Psicossocial, acompanhou as mudanças ocorridas ao longo do desenvolvimento do SUS no país. As experiências vividas em diversos municípios, e sistematizadas por estudiosos do campo da saúde mental, apontam vários dispositivos essenciais para o trabalho a ser desenvolvido na atenção básica.

Figueiredo & Campos (2008), apresentam também o apoio matricial como um arranjo de gestão para organizar as ações de saúde mental na atenção básica. Em seu trabalho, as autoras compreendem que a potencialidade desse arranjo localiza-se na ampliação da

clínica das equipes interdisciplinares. Mesmo reconhecendo o papel do CAPS, em todo o movimento da Reforma Psiquiátrica, salienta-se o distanciamento das pautas referentes a este campo com o desenvolvimento da atenção básica, no processo de fortalecimento e priorização dentro doSUS.

As autoras afirmam a necessidade da incorporação das dimensões subjetiva e social na prática clínica na atenção básica; a discussão emerge frente às condições de vida geradas pela ordem socioeconômica vigente, que produz condições de miséria a grande parte da população brasileira, e, estas condições são traduzidas em dificuldades afetivas, emocionais e relacionais, que devem ser consideradas, visto que estão imbricadas nas demandas que chegam aos serviços de saúde. Considera-se também, que os serviços de base territorial, como os da atenção básica e do CAPS, por sua proximidade com as famílias e comunidades, se constituem “num recurso estratégico para o enfrentamento do sofrimento psíquico” (p.146) (Figueiredo & Campos,2008).

Muitos estudos apontaram a importância da organização dos serviços da atenção básica (re)direcionarem suas ações com perspectiva à reforma psiquiátrica, visando a qualificação do cuidado em saúde mental sob a ótica da atenção psicossocial. Busca-se que as políticas públicas sejam organizadas de modo que possibilitem a substituição do modelo asilar por formas de cuidado que aconteçam nos serviços e no território onde vivem os sujeitos (Amaral, 1997; Coimbra et al., 2005; Souza et al., 2007; Jucá, Nunes & Barreto,2009).

A Estratégia de Saúde da Família é considerada locus essencial do acompanhamento das famílias nos territórios da comunidade. Estima-se que cerca de 9% da população apresenta transtornos mentais leves e de 6 a 8% apresenta transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, pelos quais as equipes de saúde da família devem responsabilizar-se. Pressupõe-se que como equipes de saúde da família estão inseridas no

território com as famílias e as comunidades, elas se constituem como recurso estratégico para o enfrentamento das diversas formas de sofrimento psíquico (Figueiredo & Campos,2007).

A Saúde da Família é considerada como estratégia prioritária na política de AB no Brasil, e objetiva reverter o modelo assistencial predominantemente biomédico, centrado na doença e no tratamento, revertendo essa concepção na direção de práticas de pensar e lidar com a saúde na comunidade. Para isso, as equipes precisariam se apropriar das discussões sobre a Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária e deveriam receber apoio matricial para conduzir os casos de Saúde Mental de modo mais qualificado (Amarante,2007).

Lancetti (2009) pontua ainda, que, no caso da Saúde Mental no contexto da saúde da família, a ideia de complexidade é invertida, isto é, enquanto, de modo geral na Medicina, a complexidade da rede caminha da rede básica e da atenção primária no sentido dos serviços terciários, especializados; no caso da Saúde Mental é no nível da atenção primária, na rede básica que as ações são mais complexas, lida-se com a família, com as pessoas em crise, com a vizinhança, com os atores sociais no território em que vivem.

As ações referendadas como essenciais a serem realizadas na atenção básica vão desde o trabalho junto às equipes de saúde da família, como oficinas temáticas (exemplo: uso de psicofármacos) e discussão de casos, até o acompanhamento de casos de usuários egressos de hospitais psiquiátricos, e a necessidade de articulação territorial e intersetorial, no cuidado em saúde mental.

A Lei 10.216/2001, conhecida como a lei Paulo Delgado e/ou lei da reforma psiquiátrica brasileira, foi sancionada e apresentou um possível consenso no que se refere aos direitos dos usuários com transtornos mentais e redirecionou o modelo de assistência psiquiátrica no Brasil. O relatório ainda chama a atenção para a necessidade de articulação de rede diante da efetivação da política de saúde mental:

Nesta perspectiva, a inclusão das ações de saúde mental no PSF é fundamental, mas será uma estratégia insuficiente se não for acompanhada da efetiva implantação da rede de atenção. Entretanto, para que ampliem as possibilidades de cuidado dentro de uma lógica de somar recursos é necessária uma articulação com o processo de desenvolvimento de uma rede de serviços substitutivos ao modelo ainda hoje predominantemente hospitalocêntrico (p.17).

A Rede de Atenção Psicossocial – RAPS foi instituída através do Decreto nº 7508/2011 e assim como a APS tem seus serviços considerados como porta de entrada do sistema de saúde. Partindo da concepção de que os sistemas de saúde, que adotam as redes de atenção à saúde como modelo de organização devem atentar para três elementos básicos na sua constituição: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde, é que a RAPS será apresentada.

A criação da RAPS tem o objetivo de ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Instituída através da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, e de acordo com o Art. 2º, deve seguir as seguintes diretrizes para funcionar:

- I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III - combate a estigmas e preconceitos;
- IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;

- V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - diversificação das estratégias de cuidado;
- VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI - promoção de estratégias de educação permanente;
- XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Ela tem o objetivo de ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, promover a vinculação das pessoas aos diversos pontos das redes, partindo das necessidades decorrentes das condições de saúde, e deve articular e integrar esses pontos de modo a qualificar e ampliar o cuidado através de acompanhamento contínuo.

A portaria ainda propõe que a RAPS seja constituída por sete componentes que organizam pontos de atenção através de serviços e programas:

- I - atenção básica em saúde;
- II - atenção psicossocial especializada;
- III - atenção de urgência e emergência;
- IV - atenção residencial de caráter transitório;
- V - atenção hospitalar;

VI - estratégias de desinstitucionalização;

VII - reabilitação psicossocial.

O NASF aparece nesse contexto com o objetivo de atuar diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas.

De acordo com documento “Contribuições do Conselho Federal de Psicologia para a constituição da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde a partir do decreto 7.508/2011”, a atenção psicossocial visa romper com a centralidade biomédica e busca problematizar o conceito de integralidade a partir de práticas onde a autonomia das pessoas seja estimulada e onde a territorialidade seja pautada como potência para substituir a lógica médica.

O modelo de atenção psicossocial adota a gestão do cuidado através do trabalho em redes de apoio. Compreendendo a centralidade da atenção básica no desenvolvimento desse modelo, e apontando a atenção domiciliar, articulada com a atenção básica, como mais uma potencializadora na substituição ao modelo biomédico é que a RAPS deve ser estruturada.

Os NASF podem ser articuladores de redes de apoio, desde que seja superada a lógica fragmentada do acompanhamento clínico ambulatorial e de ações sem consecução da integralidade. Seu papel na estrutura e funcionamento da RAPS pode ser extremamente positivo, já que no processo de gestão da atenção psicossocial, o matriciamento e a educação permanente são dispositivos utilizados, e esses mesmo dispositivos são considerados como ferramentas no trabalho dos profissionais do NASF.

Quando buscamos entender como esse perfil de atuação foi traçado, encontramos, além das pesquisas empíricas realizadas, um direcionamento do Ministério da Saúde através da Política Nacional de Humanização no SUS (2004, p.13), nela a atenção básica deve se desenvolver a partir das diretrizes a seguir:

1. Elaborar projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde.
2. Incentivar práticas promocionais de saúde.
3. Estabelecer formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema.
4. Comprometer-se com o trabalho em equipe, de modo a aumentar o grau de corresponsabilidade, e com a rede de apoio profissional, visando a maior eficácia na atenção em saúde.

Aliado a isso, muitas experiências brasileiras anteriores à própria política de humanização, apontam contribuições na conformação do NASF, proposto pelo Ministério da Saúde. Como exemplo, o trabalho de Campos (1999), apontou a possibilidade de suporte a equipes de referência através do desenho do apoio matricial. Nele, equipes matriciais de apoio dão suporte às equipes de referência com apoio tecnológico e pedagógico, e ambas as equipes têm responsabilidades compartilhadas.

Vários estudos Lisboa (2011); Sampaio et al (2010); Bertussi & Feuerwerker (2010); Almeida (2009); Galvão (2012); Silva et al (2012) apontam essa diversidade de possibilidades de organização do NASF. Esses estudos têm demonstrado que as experiências apresentam o NASF como um dispositivo de reorganização da atenção básica e no qual o foco

de intervenção em saúde passa de um modelo médico-centrado para o desenvolvimento de ações compartilhadas baseadas na intervenção multiprofissional e interdisciplinar.

Aliado a isso, o matriciamento parece ser uma possibilidade de concretizar um modo de trabalho na saúde, seria uma tecnologia em saúde como propôs Penido, Alves, Sena & Freitas (2010) ao considerar o apoio matricial como uma tecnologia leve-dura e como uma “levedura” de ideias e práticas vivas.

De acordo com Neves et al(2012)

matriciamento permite somar ao trabalho da equipe outras atividades ligadas ao gosto pessoal dos trabalhadores de saúde que, mesmo tendo um número de usuários sob sua responsabilidade, poderiam oferecer apoio matricial para outros usuários em atividades específicas, como, por exemplo, oficinas de música, culinária ou literatura.(p.360)

Outra perspectiva de trabalho é a concepção do apoio que desenvolve um matriciamento de gestão e um matriciamento do cuidado, para Bertussi & Feuerwerker (2010), em pesquisa realizada a partir da experiência do município de João Pessoa o apoio é apontado como um arranjo da gestão municipal. Elas afirmam que o trabalho do apoiador deve ser pautado numa maleabilidade de possibilidades e de intersessões a partir das necessidades estabelecidas cotidianamente no trabalho em saúde. Afirmam ainda que:

matriciamento pode ser entendido como a construção de momentos relacionais em que acontece a troca de saberes/afetos entre os profissionais de diferentes áreas ou setores, com o objetivo de aumentar a chance de as equipes estabelecerem relações de cooperação e responsabilizarem-se pelas ações desencadeadas, num processo de produção da integralidade da atenção em todo o sistema de saúde(p.12).

Vale ainda salientar que como fruto de um apanhado histórico de experiências no campo da saúde mental, a atenção básica e as equipes de saúde da família se configuram como um espaço privilegiado para o desenvolvimento do cuidado em saúde mental, nesse sentido o trabalho do NASF pode ser fundamental por provocar mudanças subjetivas relacionadas ao trabalho em saúde; o que Campos (2009) apontava como uma produção concreta do vínculo terapêutico e da integralidade da atenção através de novos arranjos de gestão, como é a proposta do apoiomatricial.

#### — Os modelos de atenção à Saúde Mental e as suas possibilidades noNASF

No âmbito da Saúde Mental as ações do NASF têm como principal objetivo a ampliação e a qualificação do cuidado às pessoas com transtornos mentais nos serviços, com base no território. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reforça que o manejo e o tratamento de transtornos mentais no contexto da APS são passos fundamentais para possibilitar a um maior número de pessoas o acesso mais facilitado e rápido ao cuidado em saúde mental. Isso não só proporciona uma atenção de melhor qualidade, como também reduz exames supérfluos, encaminhamentos aos serviços especializados em demasia e tratamentos impróprios ou não específicos (Brasil,2009).

De acordo com Amarante (2009), o desafio não é apenas a mudança do modelo assistencial, mas também a transformação do lugar social da loucura, da divergência e da diferença. Como processo social, a loucura foi sendo institucionalizada e categorizada como doença mental, sob o enfoque do modelo biomédico, gerando, assim, a necessidade de traçar caminhos para o cuidado à doença. Nesse caso, o asilo foi marcado como lugar da verdade médica sobre a doença mental, no qual as funções terapêuticas e político-administrativas mais

adquirem concretude. É através do modelo asilar que torna-se possível o estudo científico – a cargo da psiquiatria – da loucura, e a dominação política sobre o corpo biológico, para atender as necessidades econômicas da época (Silva, Barros & Oliveira,2002).

Em oposição às formas de opressão e exclusão social, e de concepções reducionistas sobre a loucura/ doença mental/ saúde mental, vários autores vêm desenvolvendo estudos sobre formas mais democráticas de discussão dessas questões, considerando assim, a temática da Saúde Mental como possibilidade de área/campo na saúde e como política específica que necessita de espaços coletivos de discussão e construção (Amarante, 2007; Lancetti, 2009; Yasui & Costa-Rosa,2008).

Nesse contexto, novos lugares e práticas em Saúde Mental, passam a ser estimulados através de regulamentações, decretos e leis, bem como com práticas não instituídas que ampliam a visão sobre a loucura, buscando tratá-la como uma possibilidade de vivência do cotidiano, produzida socialmente como uma doença, e que, certamente, merece atenção e cuidado, quando preciso, sem excluir os sujeitos e sem tratá-los como isentos de saber sobre o mundo.

O desenvolvimento das ações de saúde mental nos NASF devem ser organizadas e executadas em conjunto com as ESF; mesmo que o profissional do NASF não seja um profissional da Saúde Mental, deve-se organizar o apoio compartilhando responsabilidades e organizando as ações considerando diretrizes gerais que combinam a integração das equipes (de Saúde da Família e NASF) e articulam de modo criativo e transdisciplinar as intervenções nas condições de saúde da população.

A utilização das ferramentas, já citadas anteriormente, como o matriciamento e a educação permanente devem ser utilizadas no processo de trabalho do NASF frente às ações de saúde mental. Assim como a ampliação da clínica possibilita à abordagem psicossocial

aumento das possibilidades de intervenção e de resolutividade das ESF, a articulação com os serviços especializados é fundamental para garantir a integração permanente e necessária para o desenvolvimento das ações em saúde mental realizadas pelo NASF.

O desenvolvimento de ações de saúde mental na atenção básica não iniciou com a criação dos NASF, mas a potencialidade que esse trabalho suscita, através de sua constituição em equipes multiprofissionais, do seu caráter de apoio e qualificação na atenção básica, da utilização de ferramentas desenvolvidas através de experiências no desenvolvimento dos sistemas de saúde, e da capacidade de articulação com as redes de atenção à saúde, indica que se aproveitado de modo coerente, avanços significativos podem acontecer na garantia de modelos de saúde baseados na integralidade da atenção.

Frente a este campo de possibilidades colocadas, nesta pesquisa, busco refletir a experiência municipal e a socialização do trabalho desenvolvido por profissionais do NASF; as considerações iniciais sobre minha vinculação com a temática e o trabalho são indicações de que o caminho traçado, com suas aprendizagens processuais, possibilitou o encontro com outros que partilham caminhos e que buscam avançar.

Parto da seguinte questão central: Como está organizado o NASF em João Pessoa e quais as ações em Saúde Mental que realiza? E com a finalidade de descrever esse processo de conhecimento sobre o município, é que foram estruturados os objetivos abaixo e o percurso metodológico descrito em seguida.

*Falcão é um ser iluminado. Ele como coordenador do ENEC, projeto de extensão que participei na UFPB, dizia assim:*

— *A gente pensa de um jeito, fala de outro e escreve de outro.*

*...esse exercício de aprendizagem que é o mestrado, também tem a ver com o que ele falava.*

## APESQUISA

### OBJETIVOS

#### Objetivo Geral

Investigar como o Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF está estruturado em João Pessoa e quais as ações por ele desenvolvidas no âmbito da Saúde Mental.

#### Objetivo Específico

- Analisar as práticas desenvolvidas pelos profissionais de Saúde Mental que compõem as equipes NASF, especialmente no tocante às suas possíveis especificidades quando comparadas às práticas realizadas pelos demais membros das equipes.
- Discutir a articulação do NASF na operacionalização das ações em saúde mental, no que se refere a sua organização interna e na rede de saúde municipal.
- Identificar as estratégias utilizadas para organização das ações em saúde mental na Atenção Básica.

“... Não há para mim, na diferença ou na ‘distância’ entre a ingenuidade e a criticidade, entre o saber de pura experiência feito o que resulta dos procedimentos metodicamente rigorosos, uma *ruptura*, mas uma *superação* (grifo do autor)... A superação e não a ruptura se dá na medida em que a curiosidade ingênua, sem deixar de ser curiosidade, pelo contrário, continuando a ser curiosidade, se criticiza. Ao criticizar-se, tornando-se então curiosidade epistemológica, metodicamente rigorizando-se na sua aproximação ao objeto, conota seus achados de maior exatidão.”

Paulo Freire. *Pedagogia da Indignação*, p.106

## PERCURSOMETODOLÓGICO

O presente estudo se caracteriza como uma pesquisa descritiva de caráter exploratório, e tem na abordagem qualitativa a base para a sua condução, tanto pela natureza dos dados coletados, o modo da coleta e os instrumentos utilizados, como pelo campo proposto e o objeto de estudo. De acordo com Gaskell (2010), a finalidade real da pesquisa qualitativa é “explorar o espectro de opiniões, as diferentes representações sobre o assunto em questão (p. 68).” Busca-se a partir da realidade local de João Pessoa, conhecer a variabilidade de práticas vivenciadas pelos profissionais da saúde que compõem equipes da atenção básica e apoiam as ESF no seu processo de trabalho em saúde.

O processo de definição das estratégias utilizadas para o alcance dos objetivos ocorreu ao longo da pesquisa. Inicialmente buscava-se acessar os profissionais do NASF e saber deles o que estavam fazendo com relação à saúde mental no seu trabalho, no dia a dia com as ESF e no trabalho como apoiador NASF; buscava-se saber se existiam ações em saúde mental; elas existindo, como eram organizadas, quem as planejava e executava, quem participava, onde elas ficariam localizadas no dia a dia do trabalho no apoio em JoãoPessoa?

Utilizei a entrevista como instrumento para coleta de dados. Compreendendo que era preciso me aproximar dos profissionais e ouvir deles mesmo o que faziam no dia a dia, como organizavam seu trabalho, e se a saúde mental é uma possibilidade de atuação nesse dia a dia. Realizei algumas entrevistas com profissionais do NASF que participavam do colegiado de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, no caso, 4 psicólogas dos cinco distritos sanitários que representavam o NASF nesse colegiado, e criei uma proposta para um Grupo Focal que foi realizado com trabalhadores do NASF dos distritos sanitários de diversas categorias profissionais. As entrevistas que foram realizadas ajudaram no conhecimento sobre o trabalho do NASF e sobre a saúde mental em João Pessoa. O processo de definição dos participantes da pesquisa, da quantidade de entrevistas, da realização do

Grupo Focal e dos procedimentos para coleta e análise dos dados configurou o seguinte delineamento de pesquisa.

## **O CAMPO DE PESQUISA**

### Conhecendo o território: um pouco de João Pessoa

João Pessoa é uma das cidades mais antigas do Brasil; é uma bela cidade do nordeste brasileiro, localizada na faixa litorânea do estado da Paraíba, com uma extensão territorial de 210 km<sup>2</sup>. Está dividida territorialmente em quatro zonas e organizada em 65 bairros onde vivem quase 724 mil habitantes (46,7% do sexo masculino e 53,3% do sexo feminino), de acordo com o censo do IBGE de 2010, e com estimativa para 2013 de 740 mil. O bairro de Mangabeira, localizado na zona sul da cidade, é o maior e possui cerca de 100 mil pessoas.

Analisando a cidade, Rômulo Polari<sup>2</sup>, atual secretário de planejamento de João Pessoa, aponta que a população cresceu a uma taxa média anual de 4,06%, no período 1970-1980, e de 1,92%, no decênio 2000-2010. Nesse ritmo declinante, essa taxa tende a ser de 1,5%, no período 2010-2020, e em torno de 1,3% nas duas décadas seguintes. Desse modo, a capital paraibana deverá ter 840 mil habitantes, em 2020, e 950 mil em 2030. Um milhão de habitantes, no ano 2035.

João Pessoa parece revelar um aprofundamento de algumas tendências e o afloramento de alguns novos padrões de distribuição espacial da população. No censo de 2000, pessoas não-naturais do município alcançaram 28,5 mil. Dez anos depois a população da capital aumentou em quase 100 mil pessoas, sendo que boa parte delas é de filhos de pessoas naturais de outras cidades do estado, de outros estados do Brasil e até de outros

---

<sup>2</sup> Texto lido no site <http://www.wscom.com.br/blog/romulopolari>

países. Vale ressaltar, ainda, que a região metropolitana, composta pelos municípios de Bayeux, Cabedelo, Conde, Cruz do Espírito Santo, Lucena, Alhandra, Pitimbu, Caaporã, Rio Tinto e Santa Rita abriga atualmente uma população de 1.115 habitantes.

Segundo o censo do IBGE (2010) aproximadamente 213 mil famílias residem na capital, em sua maioria – 210 mil – na zona urbana, destas, 13 mil possuem renda per capita de até um salário mínimo e 4 mil não possuem rendimentos. Um dado interessante ainda sobre os que não possuem rendimento, é que a composição familiar *mulheres sem cônjuge e com filhos perfaz* um total de 3.039 famílias.

No que se refere ao rendimento mensal domiciliar *per capita*, está no valor médio de R\$ 802,00, e apresenta discrepância quando este valor é comparado entre sexos: nas mulheres o valor é de R\$ 510,00 e nos homens o valor sobe para R\$ 700,00. Ainda no contexto da organização familiar, quando analisamos os responsáveis pelos domicílios, verificamos duas situações: uma é que os homens estão em maior número nessa composição (122 mil); a outra situação é que, mesmo os homens sendo maior número, quando nos referimos a famílias com um único responsável, as mulheres apresentam um percentual de 74% e os homens de 67%, demonstrando que o perfil da cidade tem apontado para diferenças significativas de gênero.

Alguns aspectos ainda devem ser considerados sobre João Pessoa. O primeiro, no âmbito escolar/educacional e refere-se à frequência na escola: das 724 mil pessoas que residem na capital, aproximadamente 240 mil frequentam a escola (cerca de 150 mil na rede pública e 90 mil na rede privada), 420 mil não frequentavam, mas já haviam frequentado, e 55 mil nunca frequentaram a escola. Soma-se a isso a taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais de idade, que era de 12,3% em 2000 e agora está na casa dos 8,1%, mesmo apresentando diminuição aponta ainda as carências nesse setor. Aponta-se ainda o quesito saneamento básico que também tem evoluído, apresentando um aumento de 10% no que é

considerado pelo IBGE como saneamento adequado (em 2000 era de 58,7% e em 2012 foi de 68,7%) e uma diminuição nos tipos inadequado (em 2000 era de 0,7% e passou para 0,2%) e semi-adequado (em 2000 era de 40,7% , e ficou em 31,2% em2012).

No que se refere à situação socioeconômica de João Pessoa, segundo esse mesmo estudo do IBGE, a cidade apresentou em 2010 um Produto Interno Bruto – PIB de R\$ 9.805.587,00 e um PIB per capita de pouco mais de 13 mil, além disso, tem um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,78 que coloca o município em uma posição mediana, apresentando crescimento ao longo dos anos, mas compondo ainda a região com IDH mais baixo no país. É importante destacar que tanto a região nordeste como a Paraíba tem apresentado crescimento desse índice, porém o Estado continua sendo o quarto pior na classificação do IDH.

O governo da cidade de João Pessoa, no momento de realização da pesquisa, vivenciava uma gestão do Partido Socialista Brasileiro – PSB. O partido liderado pelo ex-prefeito e atual governador da Paraíba, Ricardo Coutinho, dissidente do Partido dos Trabalhadores, executou na cidade um plano de governo pautado no que ele chamava de “republicização”, buscando fortalecer o caráter público nas ações governamentais. Propôs uma gestão que, direcionada por decisões saídas de plenárias populares, organizadas pelo Orçamento Democrático – OD pudesse executar as políticas públicas setoriais com base no que a população da cidade considerava como prioridade de ações do governomunicipal.

O OD propunha ainda que as pessoas pudessem interagir com o processo de elaboração, implementação e fiscalização das Leis Orçamentárias do Município, como a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), a Lei Orçamentária Anual (LOA) e o Plano Plurianual (PPA). Estaria se configurando tanto como um instrumento de participação popular e também de controle social. Faço referência ao OD do município, por considerar que mesmo com seus entraves e limitações, estruturalmente se apresentou como uma oportunidade de debate

público junto às pessoas que vivem em João Pessoa, além disso, poderia ser um espaço privilegiado de articulação intersectorial.

Ponto esse contexto, por considerar que a organização da gestão de um governo é fundamental na condução das políticas públicas. Os índices sociais que são a base para a formulação dessas políticas, estão em constante transformação, seja em decréscimo ou ascensão, indicando que há um movimento contínuo acontecendo e que é preciso ter uma organização sensível e intencional para essas questões, tanto no que se refere à organização de serviços como na proposição de ações nesse âmbito.

De modo mais detalhado, acredito ser necessário descrever como a saúde em João Pessoa está organizada, como política pública e como sistema de ações e serviços à população.

#### — A Saúde em João Pessoa

Segundo os dados do IBGE de 2009, existe na cidade um total de 446 estabelecimentos de saúde (152 públicos e 294 privados) e um total de 2.982 leitos para internação; destes, 1.191 estão em estabelecimentos de saúde públicos e 1.796 nos privados. Há ainda, 321 estabelecimentos com atendimento ambulatorial, dos quais 185 são de atendimento médico em especialidades básicas. Compõem ainda a rede 20 estabelecimentos de atendimento de emergência total e um de emergência psiquiátrica. Este é o cenário estrutural dos estabelecimentos em saúde de João Pessoa.

Utilizando os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a secretaria de saúde municipal, em seu relatório de gestão do ano de 2012, apresentou João Pessoa como o município com a maior rede de serviços públicos e privados da Paraíba, totalizando 1.361 estabelecimentos o que totaliza aproximadamente 30% de todos os

estabelecimentos de saúde do Estado. Em relação à rede pública, 89% dos estabelecimentos são municipais, distribuindo-se em estabelecimentos ambulatoriais e hospitalares.

Ainda, segundo o relatório de gestão de 2012, de janeiro a novembro de 2012, houve 71.590 internações em João Pessoa das quais 38.977 (54,4%) foram de residentes no município. O número de internações por local apresentou redução de 2%. Em relação aos residentes no município, observou-se uma redução de 1% no número de internações em comparação ao mesmo período de 2011. Houve redução em grupos importantes de morbimortalidade como doenças infecto parasitárias (-10%) e cardiovasculares (-15%). Houve aumento de internação em algumas causas, sendo os mais significantes o aumento de internações por neoplasias (+14%) e causas externas(+17%).

Em relação à mortalidade, o grupo das doenças cardiovasculares concentra o maior número de óbitos em João Pessoa durante os últimos anos e se mantém como a principal causa de óbitos (1149 óbitos). De acordo com o relatório de gestão, estes óbitos estão relacionados a um estilo de vida sedentária, consumo excessivo de alimentos ricos em gordura e sal, álcool e tabaco. As Neoplasias foram a segunda causa de óbitos no período de janeiro e outubro de 2012 (615 óbitos), apresentando uma redução de 1%. Fato preocupante observado foram os óbitos relacionados às causas externas que aumentaram 3% e representaram a terceira causa de óbitos no período (593 óbitos), ocorrendo principalmente na faixa etária de 15-49 anos de idade e trazendo grande perda parasociedade.

Em relação à mortalidade infantil, houve um aumento discreto nos dados parciais com uma taxa de mortalidade de 14,24 para cada 1.000 nascidos vivos devido a um aumento nos componentes neonatais da mortalidade infantil.

Ao comparar os dados do IBGE com os do plano municipal de saúde (2006-2009), e o relatório de gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de João Pessoa do ano de 2012 (último ano da gestão), identificam-se alguns aspectos que considero importante

destacar, tanto por apresentar uma relevância quantitativa como índices relevantes a organização da saúde.

Ao analisarmos a distribuição percentual de procedimentos realizados em hospitais da cidade, a taxa de ocupação hospitalar nos hospitais públicos, e a média de permanência dos pacientes em hospitais do município, verificam-se uma presença marcante das instituições psiquiátricas, seja como possibilidade de tratamento ou como estabelecimento hospitalar. O plano municipal, além de buscar traçar metas para atuação da gestão, apresenta as características da cidade com relação à saúde. Os quatro hospitais psiquiátricos da cidade ocupavam os quatro primeiros lugares na média de permanência dos pacientes em hospitais; esses dados apontam a necessidade de análises e propostas de ação nesse âmbito, visto que com a proposta da Reforma Psiquiátrica Brasileira é preciso diminuir os leitos psiquiátricos progressivamente e organizar uma rede de cuidados de base territorial.

Em João Pessoa, a organização da saúde, em nível territorial, está estruturada em cinco distritos sanitários, e conta com a Estratégia de Saúde da Família como orientadora das ações na atenção básica e como a principal porta de entrada dos usuários à rede de saúde da capital. Atualmente existem 180 Equipes de Saúde da Família (ESF) e para cada ESF está vinculada uma equipe de saúde bucal; 6 Equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); 4 Equipes de Consultório na Rua; 20 Equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (ENASF).

Além dos serviços da atenção básica, a rede ainda conta com serviços distribuídos na atenção especializada e na atenção hospitalar. Para o funcionamento da rede de saúde, a estratégia adotada pela gestão era de desenvolver as linhas de cuidado nos três níveis de atenção (básico, especializado e hospitalar) tendo o usuário como o centro das ações em toda a rede.

Para que o funcionamento da rede, há uma organização ampliada que agrega os gestores – que, em nível central, são responsáveis pela operacionalização das políticas setoriais que compõem a saúde – e representantes dos serviços que executam as políticas em nível assistencial que estão distribuídos em toda a rede, em colegiados de gestão. A proposta da gestão, ainda em 2006, era executar um projeto político em direção à “produção do cuidado integral e humanizado”. Buscava-se a ampliação da capacidade de cuidado em toda a rede, onde houvesse em todos os âmbitos da atenção à saúde uma ampla comunicação solidária.

Como dispositivos de mudança e de atuação em todos os níveis, a gestão propôs que a educação permanente, o matriciamento, o acolhimento e a gestão do trabalho em saúde, fossem “ideias-força” para permear as práticas em saúde. O projeto político inicial da gestão apontava para um ajuste de direcionamento com o que estava sendo proposto pelo Ministério da Saúde e em acordo com as legislações e diretrizes com a política de Estado da saúde no Brasil: oSUS.

### **A busca na conformação do corpus dapesquisa**

O desafio da pesquisa qualitativa, de olhar para a realidade e buscar nela, condições de organização sistemática de algumas práticas não é uma tarefa simples.

Buscando explorar o campo, não mais como trabalhadora do NASF, mas sim como profissional que viveu o campo de trabalho, e agora se propõe a sistematizar ideias sobre ele, era preciso analisar outras perspectivas, e como possibilidade, no início da pesquisa, antes de entrar em contato com os profissionais do NASF, busquei entrevistar profissionais que pudessem me apresentar dados concretos e oficiais sobre a saúde em João Pessoa e sobre oNASF.

Foram realizadas duas entrevistas com gestoras da saúde do município. Elas foram fundamentais na definição de como selecionar, e de onde encontrar trabalhadores do NASF que pudessem participar da pesquisa. Os dados coletados nessas entrevistas contribuíram ainda para responder a alguns objetivos da pesquisa, por isso, mesmo as gestoras não sendo profissionais do NASF, mas como, em alguma medida são operadoras das políticas em que o NASF está inserido, elas foram incluídas também como participantes e as informações serão incluídas nos resultados.

Como a pesquisa está inserida na atenção básica à saúde, e o NASF é o objeto de estudo, a tabela abaixo demonstra a distribuição das ESF e das ENASF nos distritos sanitários.

**Tabela 2**  
*Distribuição das Equipes de Saúde da Família, Equipes NASF e Apoiadores Matriciais por Distrito Sanitário em João Pessoa.*

| <b>Distrito Sanitário</b> | <b>ESF</b> | <b>ENASF</b> | <b>Apoiadores Matriciais</b> |
|---------------------------|------------|--------------|------------------------------|
| <b>I</b>                  | 46         | 5            | 31                           |
| <b>II</b>                 | 38         | 4            | 22                           |
| <b>III</b>                | 53         | 6            | 38                           |
| <b>IV</b>                 | 25         | 3            | 17                           |
| <b>V</b>                  | 18         | 2            | 12                           |
| <b>Total</b>              | <b>180</b> | <b>20</b>    | <b>120</b>                   |

*Nota: Dados cedidos pela gestão municipal*

Foi a partir desse cenário, das informações referentes à organização da saúde no município, das questões de pesquisa, que a construção de um *corpus* de pesquisa foi possível.

A noção de *corpus*, nesse trabalho, baseia-se na alternativa proposta por Bauer & Aarts (2010). Os autores consideram que nas pesquisas sociais, a amostragem não se configura como a alternativa mais viável para seleção na pesquisa; a construção de um *corpus*

está no caminho intermediário entre a contagem de uma população e a conveniente seleção. Aliado a isso, essa estratégia “tipifica atributos desconhecidos, enquanto que a amostragem estatística aleatória descreve a distribuição dos atributos já conhecidos no espaço social.” (pág.40)

Outro fator relevante que Bauer & Aarts (2010) apontam é que o interesse nas pesquisas sociais reside na tipificação da variedade de representações das pessoas no seu mundo vivencial, afirmam ainda:

As maneiras como as pessoas se relacionam com os objetos no seu mundo vivencial, sua relação sujeito-objeto, é observada através de conceitos tais como opiniões, atitudes, sentimentos, explicações, estereótipos, crenças, identidades, ideologias, discurso, cosmovisões, hábitos e práticas. Essa variedade é desconhecida e merece ser investigada (p.57).

Nesse sentido, as opções realizadas nessa pesquisa se constituem numa tentativa de elaboração teórica sobre as práticas de profissionais de saúde, em uma área específica, e a possibilidade do desenvolvimento de ações promotoras de saúde. Busca-se entender a variedade das representações e das relações estabelecidas pelos sujeitos nos seus contextos sociais.

### **Participantes da pesquisa**

Participaram da pesquisa 4 psicólogas que participavam do colegiado de saúde mental da secretaria de saúde de João Pessoa e que faziam parte do NASF nos distritos sanitários I, II, IV e V. Essas profissionais foram entrevistadas individualmente. Participaram ainda 7 profissionais (1 Assistente Social, 2 Fisioterapeutas, 1 Nutricionista, 2 Psicólogas, 1 Professor de Educação Física) do NASF de diferentes distritos sanitários no Grupo Focal realizado nessa pesquisa, totalizando assim 11 profissionais do NASF. Considerando a

relevância das informações coletadas através das entrevistas individuais realizadas com as 2 gestoras da saúde em João Pessoa é que elas estão sendo inseridas como participantes da pesquisa.

A maioria dos participantes era do sexo feminino, tendo apenas o Educador Físico e um Fisioterapeuta do sexo masculino. Os profissionais do NASF trabalhavam há mais de 5 meses em sua função atual, e as gestoras trabalhavam diretamente na operacionalização da política de Atenção Básica e da Saúde Mental.

## **Procedimentos**

### Escolhendo os participantes

A escolha dos participantes foi organizada de modo que pudessem contribuir no levantamento de informações sobre o NASF e sobre a Saúde Mental. O primeiro contato foi realizado com a Diretoria de Atenção à Saúde, que tem o papel de fazer a organização das políticas públicas no município de João Pessoa, no que se refere à organização dos serviços assistenciais. A diretoria de atenção à saúde é responsável por gerir toda atenção hospitalar, atenção especializada e atenção básica em saúde tanto na parte estrutural (dar condições de equipamentos, materiais, articular com outras diretorias como a administrativa financeira a parte de estrutura e funcionamento), como pensar em políticas para esses serviços: abertura de novas ofertas de acordo com as necessidades da população.

Ela acompanha onze áreas temáticas: saúde da mulher; saúde da criança; saúde do adolescente; saúde do idoso; saúde mental; práticas integrativas e complementares; informação em saúde, que trabalha um pouco com essa qualificação da informação em saúde; atenção à pessoa com deficiência; e população negra. O trabalho dessas áreas é organizar a rede de atenção em linhas de cuidado e fazer a estruturação dessa linha, desse fluxo de

usuários da rede desde a atenção básica, perpassando a atenção especializada e atenção hospitalar, e fazer a interlocução com a rede de urgência.

A diretoria de atenção faz a articulação com as diretorias de vigilância em saúde, diretoria de regulação, diretoria de gestão do trabalho e educação em saúde e a administrativo financeiro; é uma das diretorias que faz a interlocução com a rede e os serviços de saúde de João Pessoa. A participação dela, nessa pesquisa, agregou informações essenciais na compreensão da organização do sistema de saúde no município.

O segundo contato foi realizado com a coordenação de Saúde Mental do município, que é responsável pela gestão da política de saúde mental no município, acompanha tanto a implantação, monitoramento e avaliação de serviços, elabora projetos para captar recursos junto ao ministério da saúde, seleciona pessoal para trabalhar nos serviços, elabora processos de qualificação de profissionais e busca se articular com outras instituições e demais serviços da rede de saúde na operacionalização dessa política. Com a participação da coordenação de saúde mental a rede de atenção psicossocial em João Pessoa foi detalhada e através dela o colegiado de saúde mental foi referendado como uma opção de organização da gestão.

Com essas duas primeiras participantes foram realizadas entrevistas individuais. A partir dessas entrevistas, foi encontrado um caminho para se aproximar dos profissionais do NASF que pudessem ser entrevistados. Ambas entrevistadas citaram o colegiado de saúde mental como um espaço onde existiam profissionais do NASF, que já teriam uma aproximação com a temática e poderiam contribuir na elucidação de como o NASF tem trabalhado as questões de saúde mental.

O colegiado de saúde mental é uma instância organizativa que conta com a participação da coordenação de saúde mental, com as diretorias dos serviços substitutivos (CAPS), com a diretoria do Pronto Atendimento em Saúde Mental (PASM), com

representantes dos serviços especializados, e com representantes dos distritos sanitários, que, neste caso, são profissionais dos NASF. Ele tem o objetivo de discutir a política de saúde mental e organizar as ações a serem desenvolvidas pela rede de saúde mental do município. Para isso, se reúne mensalmente na perspectiva de construir pautas coletivas que indiquem como a política de saúde mental deve se desenvolver, discute os problemas existentes no cotidiano desse trabalho, e constrói ações e atividades da SaúdeMental.

Os profissionais do NASF que participam do colegiado de saúde mental são os interlocutores responsáveis por fazer a articulação entre o distrito sanitário e a secretaria de saúde no que tange a discussão da saúde mental, como também é quem deve “matriciar” o distrito e os demais apoiadores NASF as discussões e as deliberações ocorridas no colegiado.

São os apoiadores que compõem o colegiado, que, em tese, possuem mais elementos para compreendermos a discussão da saúde mental no NASF. Assim, as profissionais do NASF, todas psicólogas, que estavam participando do colegiado de Saúde Mental foram convidadas a participar da pesquisa. A intenção inicial era que fosse possível a participação de cinco profissionais, já que cada um estaria representando o seu DS, mas no momento da pesquisa um dos distritos não tinha representação no colegiado, ficando assim, quatro entrevistas realizadas.

No Grupo Focal, para a escolha dos participantes foi solicitado das psicólogas entrevistadas anteriormente a indicação de alguns profissionais que pudessem ser um potencial participante do GF. Além disso, foi solicitado a um dos profissionais da Gerência de Educação em Saúde (responsável pela liberação da realização da pesquisa na rede de saúde do município), outras indicações. A solicitação foi feita a partir da seguinte pergunta: Você poderia me indicar alguns profissionais do NASF, de categorias diferentes, para participar de uma conversa em grupo sobre saúde mental?

Desta solicitação foi possível listar um total de vinte apoiadores do NASF, de diferentes categorias profissionais e de distritos sanitários diversos, dos quais foi disponibilizado o número de telefone para contato. Das vinte pessoas, foi possível falar com quinze, dessas, onze confirmaram a participação no grupo. No dia anterior a realização do GF, dois profissionais, por problemas pessoais e demandas de trabalho, informaram que não poderiam mais participar do grupo. No dia da realização do grupo mais dois profissionais não compareceram e nem justificaram a ausência. Totalizando assim 7 participantes do GF.

### Definindo os Instrumentos

Na busca de acessar informações concretas sobre o NASF em João Pessoa, e sobre o desenvolvimento das ações em saúde mental, foram elaborados roteiros tanto para as entrevistas individuais como para o Grupo Focal.

Para as entrevistas 3 roteiros foram construídos. Em todas, a primeira parte visava coletar informações mais gerais sobre os participantes, como sexo, tempo de trabalho e formação acadêmica, e na segunda parte, para cada roteiro, questões específicas foram elaboradas, podendo ser definidas da seguinte forma:

Nos dois roteiros para entrevista com a gestão versavam questões sobre estrutura e funcionamento do NASF, estruturação das redes de atenção à saúde e as estratégias de acompanhamento utilizadas pela gestão. Ainda para a coordenação de saúde mental o roteiro buscou identificar as atribuições do colegiado de saúde mental.

O roteiro elaborado para as entrevistas com os profissionais do NASF que faziam parte do colegiado de saúde mental buscou elucidar qual o papel do colegiado na organização da saúde mental no município e no NASF. Como se realizava a articulação via colegiado de saúde mental, do NASF com o distrito sanitário, do NASF com o colegiado e do NASF com eles mesmos, no debate feito junto com os profissionais das equipes. Além disso, o roteiro

propunha que as profissionais relatassem como as ações em saúde mental eram desenvolvidas.

Para o Grupo Focal, o roteiro elaborado contou com 3 questões norteadoras: O que é Saúde Mental? Como é o trabalho do NASF em João Pessoa? Quais as ações em Saúde Mental que o NASF desenvolve? Além desse roteiro, no grupo focal, foi utilizado um vídeo<sup>3</sup> institucional do Ministério da Saúde com vistas a aproximar o grupo para a nuvem de discussão e tarjetas de papel para coletar algumas concepções individuais dos participantes do grupo.

Os roteiros elaborados com as questões norteadoras para as entrevistas individuais e para o grupo focal encontram-se na sessão de apêndices.

#### Para coletar os dados

A entrevista foi utilizada como técnica para coleta dos dados. Na pesquisa qualitativa a entrevista é bastante utilizada porque “fornece os dados básicos para o desenvolvimento e a compreensão das relações entre os atores sociais e a sua situação” (Gaskell, 2010, p.65), e pode fornecer ao pesquisador novas perspectivas e pontos de vista sobre os fatos além daqueles apresentados antes mesmo da entrevista.

Nas entrevistas individuais há uma interação em que as palavras são o meio principal de troca, e tanto o entrevistador como os entrevistados estão envolvidos na produção de conhecimento, sendo guiados por um tema, estabelecendo uma partilha de realidades.

Mesmo que os tópicos para diálogo sejam uma escolha do entrevistador, há um papel central do entrevistado no andamento da entrevista. Com uma construção pessoal do passado, o entrevistado pode entrar em contato com temas que ele pode ou não ter pensado no assunto com seriedade anteriormente; as narrativas podem surpreender até o próprio

---

<sup>3</sup><http://www.youtube.com/watch?v=EvAbGkvf3Yw>

entrevistado, “talvez seja apenas falando que nós podemos saber o que pensamos.” (Gaskell, 2010, p.75).

Nesta pesquisa, depois de autorizada a sua realização, procedeu-se da seguinte forma para realização das entrevistas: inicialmente foi feito o contato via correio eletrônico e telefone com a Diretoria de Atenção à Saúde, e agendado um encontro para explicação da pesquisa e convite para participação na mesma. O encontro foi realizado na Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, e após um diálogo para explicar o objetivo do encontro, foi proposta a participação por meio de uma entrevista. Tendo a diretora de atenção à saúde aceitado o convite, procedeu-se a entrevista em uma sala onde se encontravam apenas a pesquisadora e a entrevistada.

O procedimento para a entrevista com a Coordenação de Saúde Mental, ocorreu da mesma forma como a da diretoria de atenção à saúde e a realização da entrevista se deu no auditório da Secretaria Municipal de Saúde onde se encontravam apenas a pesquisadora e a entrevistada. Após essas duas entrevistas se esboçou como seriam realizados os primeiros contatos com os profissionais do NASF.

Como já dito anteriormente, o colegiado de saúde mental foi representativo, no discurso das duas gestoras, como um ponto em que as discussões sobre a Saúde Mental acontecem e onde há profissionais do NASF também envolvidos. Frente a isso, foi solicitada a coordenadora de saúde mental a liberação para participar de uma reunião do colegiado, na qual a pesquisadora pode se apresentar como tal e convidar os profissionais do NASF para participar da pesquisa.

Particpei de várias reuniões do colegiado de saúde mental ao longo da pesquisa. Em nenhuma delas todos os distritos sanitários tinham seus representantes, que são os profissionais do NASF, participando. Em todas que particpei, apenas um distrito sempre esteve presente, e em reuniões alternadas participavam outros distritos. A ausência de

representantes dos distritos nas reuniões foi motivo de várias avaliações e encaminhamentos do colegiado, sendo ponto de pauta em diversos encontros.

Para a coleta de dados com as profissionais do NASF que representavam os distritos nas reuniões do colegiado de saúde mental, foi feito um contato telefônico, com as pessoas que eu não encontrava durante as reuniões; e as que delas participavam, o agendamento foi feito ao final de algum encontro. A primeira entrevista foi realizada em uma sala de aula de uma escola onde uma ESF desenvolvia suas atividades e da qual a psicóloga era apoiadora.

A segunda entrevista foi realizada na Universidade Federal da Paraíba, como proposto pela entrevistada, que era outra psicóloga; a terceira e a quarta entrevistas, realizadas também com psicólogas, foram realizadas em uma sala na sede dos distritos sanitários que elas faziam parte. Das quatro entrevistas, três foram registradas através de gravador digital, e uma delas não autorizou a gravação solicitando assim que o registro fosse feito manualmente.

Mesmo com essas entrevistas realizadas, foi necessário ampliar as considerações sobre o NASF e a saúde mental. Como as profissionais do NASF entrevistadas eram todas psicólogas, e como o trabalho do NASF se propõe a ser multiprofissional era preciso captar dos profissionais de outras categorias (fisioterapeutas, assistentes sociais, etc.) que também fazem parte do NASF em João Pessoa, suas impressões, conceitos e práticas cotidianas com relação à Saúde Mental. Assim optou-se por realizar um Grupo Focal para acessar essas informações.

O Grupo Focal (GF) é o conjunto de pessoas que se reúnem para dialogar, a partir de suas experiências pessoais, sobre um tema específico escolhido pelo entrevistador, que no caso do GF é o moderador. De acordo com Gondim (2002), “é um recurso para compreender o processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais de grupos humanos.” (p. 151). Ele permite que os processos de construção da realidade que os grupos sociais

desenvolvem-se e tornam-se conhecidos, através da apreensão das práticas cotidianas, das ações e reações a fatos e eventos.

Segundo Gatti (2005) “É uma técnica importante para o reconhecimento das questões preponderantes (linguagens, preconceitos, hábitos, simbologias, etc.) no trato de uma dada questão, por pessoas que partilham alguns traços em comum, relevantes para o estudo do problema visado.” (p. 11). Além disso, os participantes são estimulados a participar com opiniões frente ao que as outras pessoas do grupo dizem; é possível obter também as ideias partilhadas no dia a dia pelas pessoas e os modos pelos quais os indivíduos são influenciados uns pelos outros.

Os grupos focais trabalham explicitamente com a interação do grupo na produção de dados que seriam menos acessíveis sem a interação verificada em grupo (Flick, 2009).

Aliado a isso, Gatti (2005) ainda enfatiza como potencialidade do GF, a possibilidade que ele proporciona um apanhado de informações de diferentes naturezas para o foco do pesquisador, e ainda ressalta a consistência dos dados produzidos frente à confiança nas interações grupais.

As comparações, os confrontos, as complementações, que os participantes produzem entre si, a partir de suas experiências, são uma fonte sólida para a construção de compreensões sobre a complexidade de formas de pensar, de se comportar, das motivações, das intenções e expectativas, em face de determinados aspectos de uma situação, de um problema, de uma ocorrência, de um serviço, etc. (p.70).

Além das potencialidades que o GF pode proporcionar ao pesquisador, os estudos apontam que os participantes dos GF podem se beneficiar ao vivenciarem esse processo de interação com outras pessoas. A oportunidade de ampliação de perspectivas, de entrar em contato com demais pessoas e com opiniões convergentes e divergentes, de se inteirar de

informações, de interagir com pesquisadores, de compartilhar problemas e traçar processos de decisão, são algumas das possibilidades apontadas.

As pessoas nos grupos estariam mais propensas a acolher novas ideias e a explorar suas implicações. “o grupo fornece critérios sobre o consenso emergente e a maneira como as pessoas lidam com as divergências. Na situação grupal, a partilha e o contrastes de experiências constrói um quadro de interesses e preocupações comuns que, em parte experienciadas por todos, são raramente articuladas por um único indivíduo” (Gaskell, 2010, p.76-77).

No caso do grupo focal realizado nessa pesquisa, com os participantes já selecionados, foi acertado um dia da semana que fosse mais viável para todos os participantes, e escolhida uma data. Esses acordos foram realizados via contato telefônico. Feito o agendamento, o GF foi realizado em uma sala no Diretório Central dos Estudantes - DCE da UFPB no final do segundo semestre de 2012. Na semana em que ocorreu o grupo foi feito mais um contato telefônico para confirmar data, horário e local da realização da atividade e reafirmar a importância da presença de cada participante. No dia anterior a oficina foi enviada mensagens de texto, via telefone, para os participantes; e na manhã do dia do grupo focal, mais um contato foi feito via telefone.

O grupo focal foi gravado em vídeo e áudio e contou com uma relatora externa, que anotou todo o debate no grupo focal e repassou para a pesquisadora utilizar nas análises.

Para o desenvolvimento do grupo foi elaborado o seguinte roteiro de trabalho:

1. Apresentação: da pesquisa, do objetivo do grupo, do tempo previsto, da importância da opinião de todos e de falar uma pessoa de cada vez;
2. Agradecimento pela disponibilidade na participação da pesquisa;
3. Conceito de Saúde Mental: cada participante elaborou um conceito sobre Saúde Mental, para isso foram repassados papel e caneta a cada um. E

definição do conceito através de uma palavra, apresentada em uma tarjeta, no momento de sua apresentação pessoal para os demais participantes do grupo focal.

4. Construção coletiva de um painel e debate sobre a produção do grupo, a partir da seguinte questão: O que é SaúdeMental?
5. Apresentação do vídeo “Conhecendo a Estratégia de Saúde daFamília”;
6. Debate sobre o vídeo a partir da seguinte questão: Como é o trabalho no NASF emJoãoPessoa?
7. Construção coletiva de um painel e debate sobre a produção do grupo, a partir da seguinte questão: Quais as ações em Saúde Mental que o NASF desenvolve?
8. Finalizando o processo com o grupo: elaboração de um poemacoletivo.

A estrutura proposta para realização do grupo foi definida da seguinte forma: inicialmente os participantes foram situados quanto ao objetivo da atividade, de modo geral foram apresentados os objetivos do estudo, foram explicitados os termos a serem assinados e posteriormente foi solicitado ao grupo que emitissem sua opinião pessoal sobre as questões a serem abordadas, onde cada pessoa pudesse ouvir o colega e dialogasse com suas colocações também. Foi ressaltada a importância de que se falar uma pessoa de cada vez, que não existem respostas erradas ou certas, e que a opinião de cada pessoa era fundamental para a pesquisa.

Feitas as considerações iniciais, foi solicitado a cada participante que fosse elaborado, individualmente, um conceito de Saúde Mental; quando todos participantes terminaram, foi solicitado ainda, que a partir desse conceito criado, fosse colocado em uma tarjeta, uma palavra pararesumi-lo.

Após isso foi realizada uma rodada para apresentação dos participantes do grupo. Posteriormente o vídeo foi apresentado e se deu início ao debate através das seguintes perguntas: como é o dia a dia de trabalho de vocês? O que vocês fazem? O que o NASF tem feito em relação à Saúde Mental? Que foram sendo dialogadas no grupo de modo sequencial, e foram sendo apresentadas uma a uma, respectivamente, seguindo o roteiro proposto.

Foi sugerido que na apresentação o participante dissesse seu nome, o tempo que trabalhava no NASF, o distrito sanitário que fazia parte e a palavra que escolheu para colocar na tarjeta. À medida que as pessoas se apresentavam e apresentavam às palavras escolhidas, as tarjetas foram sendo colocadas abaixo da palavra Saúde Mental formando assim, um painel que foi montado no centro da roda, e sob o qual se desenvolveu o diálogo.

### Procedimentos éticos

O Projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, sob o CAAE-00965512.5.0000.5537, e cumpre os aspectos éticos referentes à pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidos na resolução nº 196/96. Além disso, o projeto também foi submetido à Gerência de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, e foi aprovado para a realização da pesquisa juntos aos trabalhadores dessa secretaria.

No momento da coleta de dados, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e o Termo de autorização para gravação da voz, e os que participaram do grupo focal assinaram ainda o Termo de autorização para uso de imagens.<sup>4</sup> Estes documentos permitem que o pesquisador tenha documentado a participação livre e responsável dos que participaram de alguma etapa da pesquisa, como também garante aos participantes que foram entrevistados, liberdade para desistir de participar a qualquer

---

<sup>4</sup> Os termos encontram-se na sessão Apêndice no final deste trabalho.

momento da coleta de dados, além de também se documentar acerca das responsabilidades do pesquisador frente ao material coletado.

#### Procedimentos para a análise dos dados

Segundo Gaskell (2010) o objetivo amplo da análise é buscar sentidos e compreensão, procura-se por temas com conteúdo comum e pelas funções destes temas. O que é falado constitui os dados, mas a análise deve ir além do aparente. Conservando sempre as finalidades e objetivos da pesquisa, cuidadosamente, devem-se buscar padrões e conexões examinando os textos em relação a tópicos específicos, além disso, é importante buscar as contradições, da maneira como as atitudes e opiniões se desenvolvem nas entrevistas. Este autor sugere que seja construída “uma matriz com os objetivos e finalidades da pesquisa como temas no título das colunas, e o que cada entrevistado (grupo) diz, como se fossem as linhas.” (p.85)

O processo de análise aqui proposto encontrou em Minayo (2004) alguns passos importantes em casos de análise qualitativa de pesquisas na área de saúde. O primeiro passo corresponde à ordenação dos dados, que engloba a **transcrição, leitura e releitura** do material e organização dos dados, conforme uma **ordem estabelecida**. O segundo passo consiste na **classificação dos dados**, após repetidas e exaustivas leituras do material. Depois dessa etapa, são criados *corpus* de análise, que consistem no **agrupamento de categorias**, que podem ser classificadas segundo variáveis ou variáveis teóricas que pudessem contribuir na elaboração teórica e evidência dos dados. O terceiro e último passo corresponde à **análise final**.

Vale ressaltar que as interpretações devem estar enraizadas nas próprias entrevistas, de modo que quando a análise é feita o *corpus* pode ser trazido para justificar as conclusões. Há ainda, indicações de como proceder na análise do material coletado através do grupo focal. Gondim (2003) propõe que para a análise sejam organizadas categorias em

**núcleos temáticos** que dão suporte a linhas de argumentação, “que revelam de que modo os participantes dos grupos focais se posicionam diante do tema, foco da discussão.” (p.155)

Os dados aqui coletados, tanto das entrevistas individuais como do grupo focal, foram organizadas de modo que as análises possíveis pudessem encontrar nas falas registradas, argumentos coerentes e concisos que revelam como os profissionais do NASF discutem e desenvolvem suas práticas nos seus cotidianos de trabalho e no âmbito da saúde mental.

Busca-se problematizar como o desenvolvimento e a organização do NASF, frente à saúde mental, estão sendo construída e constituída em João Pessoa. Além disso, busca-se, a partir da discussão teórica realizada, com a legislação que norteia as ações na atenção básica e na saúde mental, e com a efetivação do NASF como possibilidade de ampliação do cuidado através do apoio às ESF, que seja possível contribuir na reflexão para o campo que este trabalho se insere.

*NASF e Saúde Mental*  
*Possibilidades e potencialidades*  
*Ampliação do cuidado*  
*Um NASF mais atuante na assistência e cuidado*  
*Na tentativa de responder às necessidades da população*  
*E consolidar e fortalecer cada vez mais o SUS*  
*Compartilhando responsabilidades*  
*Com integralidade e ampliação das ações em saúde*  
*Vejamos o sujeito em sua potencialidade*  
*Se descobrindo como agente de mudança no processo infinito do “ser”*  
*Ser agente de mudança no processo de construção necessita desconhecimento*  
*No processo de construção do ser, ser agente de mudança precisa de conhecer a si mesmo.*  
*Conhecer a si para poder ajudar o outro*  
*O poder do conhecimento e mudança,*  
*Vem para enriquecer a nossa história*  
*E para que tudo isso, sirva como herança.*

Poesia elaborada no Grupo Focal por profissionais do NASF em João Pessoa/PB.

## RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES

Buscando sistematizar as entrevistas realizadas e os dados coletados, a seguinte tabela foi proposta:

**Tabela 3**

*Consolidado da coleta de dados.*

|                         | Objetivos  | Estratégias  | Participantes  |   | Resultados  |
|-------------------------|--|--|--|---|---|
| Entrevistas Individuais | Buscar informações que pudessem auxiliar na definição dos profissionais do NASF a serem entrevistados. | Realização de 6 entrevistas, sendo 4 profissionais do NASF de DS diferentes e 2 com pessoas responsáveis pelo NASF e pela Saúde Mental em nível de gestão. | Gestão   | Diretora de Atenção à Saúde   | - Estrutura do NASF, sua organização e funcionamento;<br>- Acompanhamento da Gestão;<br>- Organização das ações e serviços de saúde do município.                         |
|                         | Coordenadora de Saúde Mental   |  |  | - Organização das ações e serviços de saúde mental do município;<br>- A Saúde Mental e o NASF;<br>- Diretrizes da gestão para a Saúde Mental;<br>- Colegiado de Saúde Mental; |   |
|                         | Ponto de partida para saber sobre o trabalho do NASF e sobre saúde mental.                             |  | Profissionais do NASF participantes do Colegiado de Saúde Mental                 | 4 Psicólogas, trabalhadoras do NASF nos DS I, II, IV e V  | - Trabalho do/no NASF;<br>- A Saúde Mental no NASF nos territórios dos DS.<br>- Colegiado de Saúde Mental;<br>- A psicologia como categoria profissional da Saúde Mental. |
|                         | Objetivos  | Estratégias  | Participantes  | Resultados  |   |
| Grupo Focal             | Diversidade de opiniões sobre o NASF e sobre as suas práticas em saúde mental.                         | Realização de 1 Grupo Focal com profissionais do NASF.   | Profissionais do NASF de diferentes categorias profissionais e de diferentes DS. | 7 Profissionais (1 Assistente Social, 2 Fisioterapeutas, 1 Nutricionista, 2 Psicólogas, 1 Professor de Educ. Física) de diferentes DS.  | - Concepção de Saúde Mental;<br>- Atividades realizadas pelo NASF no âmbito da Saúde Mental.<br>- Potencialidades e desafios do trabalho no NASF em João Pessoa.          |

Esse quadro apresenta de modo geral o que foi apreendido através da coleta de dados: o que se buscava com cada entrevista, como elas foram realizadas, quem foram as pessoas que disponibilizaram as informações, e o que informaram. Essa sistematização só foi possível após a transcrição do material coletado, e depois desse material ter sido lido por várias vezes na busca de estruturar parâmetros de classificação. O que cada instrumento e estratégia utilizada puderam provocar e como esses dados podem auxiliar na elucidação dos objetivos dessa pesquisa é que foi proposto o seguinte roteiro de apresentação dos resultados da pesquisa partindo de dois eixos mais amplos para análise:

1. Estrutura e funcionamento do NASF em João Pessoa;
2. A Saúde Mental e as práticas nos NASF;

O primeiro eixo agrega os dados sobre o surgimento do NASF, a distribuição territorial, o processo de trabalho, as atividades desenvolvidas, os desafios e as potencialidades que os profissionais vivenciam no município. Nas entrevistas individuais e no grupo focal, foi possível identificar questões muito presentes nos discursos dos participantes sobre o trabalho em que estão inseridos.

O segundo eixo versa sobre como a saúde mental está organizada no município, qual a rede de atenção à saúde estruturada em saúde mental, como o NASF se insere nessa rede e quais práticas estão sendo desenvolvidas por essas equipes. Foi possível ainda identificar quais os profissionais de Saúde Mental das equipes NASF e em quais ações estas profissionais estão inseridas, e como as discussões de Saúde Mental estão acontecendo no NASF, com os profissionais que compõem as equipes, e a partir do NASF no apoio às ESF.

Diante da amplitude dos eixos, eles serão descritos e analisados a partir do que foi coletado através das entrevistas individuais realizadas. O que foi coletado através do Grupo Focal será apresentado numa sessão específica. Sendo assim, os dois próximos tópicos são o

resultado do consolidado de informações que tanto as entrevistas com as gestoras como com as trabalhadoras do NASF que faziam parte do colegiado de Saúde Mental, puderam nos apresentar.

### **1. Estrutura e funcionamento do NASF em João Pessoa**

*“... O NASF aqui é estruturado de uma forma muitoparticular...”*.  
Entrevista1

As Equipes NASF em João Pessoa foram criadas em 2008 e incorporadas ao trabalho do apoio técnico-institucional que já era desenvolvido pela secretaria de saúde municipal, junto àsESF.

Essas equipes de apoiadores técnicos fundiram seu trabalho ao recém-criado NASF. *“... tentou-se agregar o que o apoio já fazia com as particularidades que a portaria trazia; e ai a gente tá no que é o hoje, o apoio matricial...”* (Entrevista 3), com esta ampliação das ENASF no município, surge a possibilidade de um apoio mais efetivo, mas ao mesmo tempo, essa vinculação do trabalho do NASF a um grupo de apoio que já vinha sendo desenvolvido pode ter causado as particularidades que apontam os profissionais.

O profissional que compõe o NASF em João Pessoa é conhecido como Apoiador Matricial. Frente à organização local, ele é o elo entre o distrito sanitário e as ESF. O apoiador NASF busca desenvolver seu trabalho na perspectiva “técnico-pedagógica” e “assistencial”, segundo a gestão. Essas duas perspectivas visam desenvolver nos profissionais a capacidade de atuar de modo mais efetivo, tanto garantindo o suporte técnico para as ESF como oportunizando espaços pedagógicos nos quais os profissionais possam adquirir novas aprendizagens que reflitam na ampliação daassistência.

As entrevistas apontam uma dualidade no trabalho que é desenvolvido: as demandas gerenciais parecem ser superestimadas em comparação com as demandas assistenciais. Os profissionais afirmam que a forma como está organizado o funcionamento

do NASF, provoca uma carga de trabalho que os distancia da realização de ações mais próximas do apoio assistencial às ESF. Acerca disso, duas falas podem ser apresentadas:

*... eu me vejo hoje, em ter tanta demanda para organizar, para dar conta... não tem como dois apoiadores dar conta de tudo... o que eu tenho mais deixado de fazer é a assistência técnico pedagógica... (Entrevista2).*

*... o que a gente faz é muito pouco apoio matricial é mais um apoio institucional e muito apoio administrativo... (Entrevista3).*

Há por parte de algumas entrevistadas a compreensão de que no trabalho cotidiano do NASF as atividades gerenciais são mais valorizadas:

*... o que a gente tá conseguindo trabalhar hoje? Existe uma cultura em João Pessoa de que o bom apoiador é o que traz as demandas da equipe e consegue resolver com seu distrito sanitário ou com a secretaria, mas existe também o que o distrito pede para se levar para as equipes. O bom apoiador em João Pessoa é esse cidadão que consegue ser o elo... (Entrevista4).*

A particularidade da organização do NASF em João Pessoa está marcada em diversas falas dos participantes: “...ainda existem muitos apoiadores trabalhando com a questão administrativa-gerencial...” (Entrevista 5). Alguns apoiadores controlam o ponto de trabalhadores, mediam conflito, são responsáveis por atividades de regulação, como marcação de exames e consultas.

As categorias profissionais que compõem o NASF em João Pessoa são: Fisioterapia, Educação Física, Nutrição, Serviço Social, Psicologia, Farmácia, e uma fonoaudióloga. Segundo a gestão, a seleção, organização e distribuição das ENASF são realizadas de acordo com o perfil dos profissionais e, principalmente, pelas necessidades em saúde dos territórios de cada distrito sanitário. Compõem ainda o NASF profissionais da enfermagem e dentistas, segundo o relato: “... a função de ser apoio matricial sempre esteve

*além das categorias do NASF; agente tem enfermeira e dentistas nesse mesmo papel...”*

(Entrevista1).

Os relatos apontam ainda para o modelo de acompanhamento às ESF que João Pessoa adotou: as equipes estão diluídas nos territórios dos distritos sanitários e o trabalho ocorre através de duplas ou trios de profissionais de categorias diferentes, que acompanham em média 4ESF.

As atribuições do NASF são apoiar as ESF nos aspectos técnicos, pedagógicos, assistenciais e de gestão. Devem, junto com as ESF, planejar e executar ações em saúde nos diversos âmbitos, trabalhando com o matriciamento e sendo corresponsáveis pelo cuidado aos usuários das ESF que apoiam. Além disso, devem ser articuladores da rede de saúde e devem desenvolver ações intersetoriais.

Essa gama de atribuições apontadas para o trabalho do NASF requer dos profissionais uma organização do cotidiano do trabalho onde a rotina precisa ser planejada de modo a alcançar objetivos concretos no cuidado integral à saúde. Porém, o que os relatos apontam é a falta de rotina no trabalho do NASF; a diretora de atenção à saúde justifica essa falta de rotina pela variedade de demandas que chegam nos territórios: *“... é difícil definir a rotina do NASF... até porque não tem rotina... prioritariamente os apoiadores matriciais de João Pessoa, eles respondem as demandas trazidas pelas ESF...”* (Entrevista2).

As atividades desenvolvidas são: parceria com ESF e vínculo com os profissionais, coordenação de reunião de equipe, organização e regulação, acompanhamento de algumas pautas participando de Grupos de Trabalho (GT) (ex: GT de Saúde Mental, GT de Saúde da Mulher, GT de Participação Popular, etc); articulação com a gestão através do distrito sanitário e da secretaria municipal de saúde, principalmente na organização das ações.

A fragmentação citada anteriormente, se apresenta mais uma vez, agora, sob o aspecto de uma atuação menos gerencial e mais assistencial no apoio às ESF. A carga de

trabalho que o apoiador encontra no seu cotidiano requer um suporte estratégico. Referindo-se ao próprio processo de trabalho, uma das entrevistadas falou: “... *acho que a coisa que mais me toma o tempo de trabalho é a questão tanto administrativa gerencial quanto a questão assistencial...*” (Entrevista 6). É possível identificar uma dualidade central no trabalho, com processos que parecem antagônicos, a gestão e a assistência, e que parecem duelar para tornarem-se prioridades nas atividades do NASF em João Pessoa.

De acordo com uma das entrevistadas:

*... eu acho que a maioria dos apoiadores consegue cumprir com essa demanda mais técnico-pedagógica, de trazer os processos de discussão das equipes, do desenvolvimento dos processos de Educação Permanente, do desenvolvimento dos PTS no território...* (Entrevista3).

Há ainda a concepção do trabalho no NASF como aquele que consegue ficar numa posição aparentemente mais definida:

*...Mas, na minha opinião o bom apoiador é aquele que consegue ver qual é o objetivo dele nesse espaço e quais as suas contribuições...* (Entrevista4)

Em uma das entrevistas, a participante referindo-se a como o trabalho do apoio pode estar organizado, chama a atenção para o “*não ser bombeiro*”, e “*não ser responsabilizado pelo que é da equipe*” argumentando que o trabalho deve vir sempre acompanhado por avaliações constantes entre as ESF e os profissionais do NASF, para que se defina a coordenação do cuidado, o apoio e a coresponsabilização dos envolvidos. Para ela, se o apoiador compreende qual o seu papel no processo de apoiar, ele conseguiria organizar seu cotidiano numa rotina que agrega assistência e apoio de gestão e ainda proporciona autonomia às ESF: “... *o apoio tá pra apoiar sim, mas a equipe tem que resolver seus problemas de ir lá e ser proativa nas situações...*” (Entrevista5).

Os apoiadores devem atentar ainda para as atribuições que estão diretamente ligadas ao seu núcleo de saber – por exemplo, os psicólogos e terapeutas ocupacionais no campo da saúde mental, e as nutricionistas no campo da alimentação e nutrição – no aspecto de potencializar as ESF e os demais apoiadores na realização de ações nessa área, fazendo isso através do matriciamento e também sendo “matriciado” por outros profissionais de núcleos diferentes aoseu.

Mesmo com a compreensão de que o trabalho do NASF é importante na qualificação da ESF, as entrevistas apontaram uma dificuldade na definição de como esse trabalho deve ser organizado para que essa qualificação ocorra de fato. O apoio matricial é apontado como uma ferramenta, mas a prática desse apoio está duelando entre o “fazer repasses e definir encaminhamentos”, entre gestão e trabalhadores das ESF, e descobrir como qualificar em nível assistencial, e a partir do seu núcleo profissional, o cuidado aos usuários através do apoio àsESF.

O trabalho assistencial e de matriciamento de núcleo parece frágil, tanto junto às ESF como a equipe NASF. Se a qualificação necessária não acontece e se não há um direcionamento para mudança de práticas por parte dos que conduzem o trabalho, o processo de apoio e ampliação das ações das ESF que o trabalho do NASF propõe, torna-se mais distante da realidade; sendo assim, “...a demanda assistencial ainda é uma pendência a se desenvolver...” (Entrevista5).

#### — As ferramentas de apoio ao trabalho noNASF.

Com as particularidades do trabalho do NASF em João Pessoa, e buscando qualificar e fortalecer os apoiadores no trabalho, a gestão municipal, inseriu todos os profissionaisdoNASFemumprocessodeformação–especialização–emquesebuscou

instrumentalizar o apoio para o trabalho no NASF através de ferramentas que são base no trabalho em saúde coletiva.

A ideia foi equiparar os profissionais do NASF, em conhecimentos que não são contemplados na formação (graduação acadêmica) em saúde, de muitas categorias, e que serviriam de base no trabalho nos territórios. Essa especialização foi definida como uma estratégia prioritária no apoio ao trabalho no NASF; através dela, os profissionais organizariam melhor seu cotidiano de trabalho e sua inserção no apoio às ESF.

Além desse processo de formação, a gestão adotou estratégias de acompanhamento do que está sendo desenvolvido pelo apoiador: a gestão de cada distrito sanitário tem a atribuição de acompanhar o processo de trabalho de cada apoiador que esteja vinculado ao território de abrangência do distrito e de oportunizar espaços de qualificações do trabalho do apoio. As entrevistas apontaram a realização de reuniões semanais para discussão do processo de trabalho, na verdade, duas reuniões foram apontadas pelas entrevistadas: a reunião técnica e a reunião matricial. Na reunião técnica são discutidas as pautas da atenção à saúde, articuladas as ações da assistência, feito repasses de gestão, analisado processos de trabalho, etc. A reunião matricial é temática (saúde da mulher, saúde do adolescente, saúde mental, etc) e tem o objetivo de discutir as linhas de cuidado, a organização da rede de atenção a saúde de cada linha, o fluxo assistencial a partir da Atenção Básica, e instrumentalizar o apoio para que as demandas oriundas das reuniões matriciais sejam repassadas às ESF com vistas a qualificar as ações das equipes nos territórios.

Nesse ponto o trabalho no NASF requer do trabalhador conhecimento em diversas áreas e qualificação para o apoio junto às ESF, frente a isso, João Pessoa parece estruturar um suporte aos que trabalham no NASF através dessas reuniões. Mas, vale salientar que, mesmo sendo uma estratégia da gestão municipal, cada distrito sanitário tem autonomia

na organização das reuniões e no direcionamento dos encaminhamentos, podendo haver discrepâncias significativas no trabalho de um distrito ao outro.

Como outras ferramentas de apoio ao NASF foram citadas nas entrevistas os relatórios do apoio e o acompanhamento técnico realizado pelas diretorias dos distritos sanitários. Nos relatórios, os apoiadores produzem um documento relatando as ações realizadas durante o mês, apresentam suas agendas de trabalho, descrevem suas participações nos espaços da rede de atenção à saúde, como está apoiando as equipes e quais as ações que estão sendo desenvolvidas; e o acompanhamento técnico é feito em reuniões do diretor técnico com duplas e/ou trios de apoiadores por regiões do distrito sanitário.

Os Grupos de trabalho e os colegiados são espaços organizados pela gestão municipal onde os profissionais do NASF discutem pautas relacionadas a temas específicos. A inclusão dos profissionais do NASF em GT's e colegiados foram citados como espaços que além de auxiliar no trabalho do apoiador com a socialização do conhecimento temático, permitem diálogo com diversos pontos da rede de atenção de modo que as articulações necessárias possam ser efetivas nos encaminhamentos propostos no trabalho cotidiano. A inserção dos profissionais do NASF em GT's e colegiados se apresenta como uma ferramenta de suporte no desenvolvimento do trabalho do NASF.

O GT de Saúde Mental foi citado nas entrevistas como um espaço de discussão da política de saúde mental e de sua organização. Realizados nos distritos sanitários, o GT de Saúde Mental é um grupo que facilita a organização das ações nesse tema, como uma ferramenta de apoio no trabalho no NASF: *"... existem ferramentas que a gente pode tá trabalhando como os GT's ... uso o apoio matricial no meu GT..."* (Entrevista3).

Os GT's tanto estão nos distritos como podem estar organizados em nível central, na secretaria municipal de saúde. Por exemplo, o GT de saúde da mulher é organizado em cada distrito sanitário e, existe um GT de Saúde da Mulher que agrega representações de cada

distrito sanitário e tem suas reuniões vinculadas à diretoria de atenção à saúde na secretaria municipal de saúde. Esses grupos mais amplos tem o desafio de garantir a unidade da discussão temática diante da diversidade de contextos que os distritos possuem.

As entrevistas apontaram o Colegiado de Saúde Mental como um espaço de discussão, no qual os GT's de Saúde Mental dos distritos sanitários expandem suas pautas e agregam conhecimento ao trabalho cotidiano.

A estratégia de trabalhar com colegiados visa horizontalizar as relações entre os níveis de atenção, dar unidade no direcionamento das ações e estruturar o funcionamento da rede, de modo que cada nível de atenção possa executar o que se propõe, sem duplicar as ações desenvolvidas, mas sim, complementá-las no cuidado à saúde dos usuários. A organização em colegiados estava presente em diversos setores da saúde municipal, tanto na sede da própria secretaria de saúde, como na gestão nos distritos sanitários e nos serviços de atenção especializada e de atenção hospitalar. Eles têm o objetivo de discutir, planejar, e operacionalizar as políticas de saúde a que estão ligados.

Foi através da participação em várias reuniões do colegiado de saúde mental que os profissionais do NASF participantes desta pesquisa foram encontrados. Sua importância neste trabalho reside na configuração que apresenta e no papel que possuem frente à estruturação da rede de saúde mental em João Pessoa; como um potencial espaço no qual os profissionais que compõem a rede de saúde mental se encontram e podem organizar melhor as ações e os serviços de saúde mental no município.

O NASF representa a atenção básica no colegiado de saúde mental, e sua participação aponta para uma importante discussão que precisa ser fortalecida que é o debate das ações de saúde mental na atenção básica. Apesar de se apontar que “...são imensas as demandas do apoio...” (Entrevista 5), a participação do apoiador no colegiado de saúde mental pode fortalecer a discussão e a organização das ações de saúde mental no NASF, mas

isso requer que o trabalho desenvolvido seja qualificado e tenha intencionalidade nas práticas cotidianas.

Desde 2008 quando o NASF foi criado pelo Ministério da Saúde pode-se observar uma variedade de formas e organizações do seu processo de trabalho. A depender do que propõe cada gestão local, os NASF podem adotar ações cotidianas voltadas para suprir o vazio assistencial da rede especializada, recorrente em muitos municípios do país, como pode adotar a estratégia do apoio matricial no desenvolvimento de suas ações.

Para o NASF se criou uma expectativa de atuação profissional que contribua na complexidade das relações estabelecidas na atenção básica e desta com toda a rede de atenção à saúde. Os trabalhadores que compõem as equipes precisam desenvolver articulações não só na perspectiva de melhorar a saúde dos usuários, mas também precisam contribuir na reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde da família e das ações que elas realizam; além disso, precisam contribuir na articulação intersetorial das ESF com os diferentes equipamentos sociais que estão nos territórios de atuação das equipes.

O compartilhamento das responsabilidades oportuniza a vivência de experiências onde a lógica tradicional do encaminhamento para níveis mais complexos da rede de saúde, seja substituída por práticas de intervenção conjunta onde o cuidado seja o resultado da interação de saberes diversos e socializados no cotidiano do trabalho.

Nessa pesquisa, assim como nas produções encontradas, o apoio matricial está presente no cotidiano de trabalho do NASF. As atividades de matriciamento citadas pelas participantes demonstram que de alguma forma os profissionais do NASF trabalham a partir do apoio matricial.

Quando os relatos apontam que o município de João Pessoa já contava com o apoio técnico às equipes de saúde da família, e que este apoio foi incorporado posteriormente ao trabalho desenvolvido pelas equipes NASF, podemos traçar um perfil de organização que

agrega aspectos relacionados à gestão das equipes de saúde da família e ao cuidado aos usuários.

Neste caso, os resultados apontam o trabalho do apoiador NASF estando muito próximo no desenvolvimento de atividades relacionadas à gestão; neste trabalho ele se apresenta ora como um articulador, ora como eixo condutor que produz e desenvolve atividades com as ESF, com os usuários e com os demais profissionais do NASF.

O espaço das reuniões matriciais, citadas pelas gestoras entrevistadas e pelas psicólogas do NASF que compunham o colegiado de saúde mental, apresentou-se como campo fértil para a expressão desse trabalho: nesse espaço integrava-se o trabalho da gestão municipal e com os trabalhadores do NASF, e ainda era possível desenvolver ações de matriciamento dos processos de gestão das equipes e das ações a serem conduzidas em áreas específicas, como exemplo, a própria saúde mental. Além disso, o próprio colegiado se apresentou como espaço onde a Saúde Mental se aproxima do NASF e onde a rede convida seus participantes ao trabalho em rede.

## **2. NASF e Saúde Mental em João Pessoa**

*“... a saúde mental não é só CAPS...”*

*Entrevista 2*

No que se refere à rede de serviços em Saúde Mental, o município tem 4 Centros de Atenção Psicossocial (2 CAPS III, 1 CAPS AD, 1 CAPS Infantil), 1 Pronto Atendimento em Saúde Mental (PASM), 2 residências terapêuticas, a escola de redução de danos, 3 hospitais psiquiátricos (urgência e ambulatório), 6 serviços especializados distribuídos nos Centros de Atenção Integral à Saúde (CAIS), 1 Unidade de Acolhimento Infantil (UAi) e na atenção básica conta com as Equipes de Saúde da Família e o NASF.

A discussão da política de saúde mental no município é direcionada pela coordenação de saúde mental que está vinculada a diretoria de atenção à saúde como área técnica. A coordenação de saúde mental acompanha os processos inerentes à estruturação da rede de serviços e da articulação dessa rede para que os usuários possam caminhar pelos diversos pontos de atenção, preferencialmente contando com a atenção básica e/ou o CAPS como coordenadores deste processo.

Com o Decreto nº 7.508 de junho de 2011, tanto a atenção básica como a rede de atenção psicossocial são consideradas como porta de entrada dos usuários aos serviços de saúde. Acontece que no caso da saúde mental, a possibilidade de coordenação do cuidado encontra nos CAPS o responsável por esse papel; na verdade, as entrevistas indicam que os encaminhamentos para os casos de saúde mental focalizam no CAPS as responsabilidades de organização do cuidado.

A coordenação de saúde mental também é responsável por organizar o espaço do colegiado de saúde mental. O colegiado de saúde mental se tornou fundamental nesta pesquisa porque ele pôde servir como caminho para encontrar e definir os participantes e também serviu como um espaço em que foi possível conhecer o funcionamento da rede de saúde mental no município, observar como a gestão estava organizando a política de saúde mental, e ainda acompanhar as pautas das reuniões e os encaminhamentos propostos e direcionados a cada serviço.

O acompanhamento às reuniões do colegiado foi realizado pela pesquisadora por cerca de 10 meses, sendo que nos seis últimos meses, as reuniões foram realizadas em meses consecutivos o que permitiu conhecer além das profissionais do NASF que faziam parte do colegiado de saúde mental, as representações dos outros serviços da rede e a relação estabelecida entre os serviços e a coordenação de saúde mental. Além disso, foi possível

observar como as discussões acontecem e quais as contribuições que os participantes do colegiado apresentavam durante as reuniões.

Sobre as pautas das reuniões acompanhadas, pode-se destacar: abertura de novos serviços (UAT infantil, residência terapêutica, etc), organização de atividades específicas (18 de maio: dia da luta antimanicomial); participação efetiva das representações dos serviços nas reuniões; dificuldades de implementar os encaminhamentos das reuniões; necessidade de ampliação do colegiado com a participação de outras categorias profissionais: no momento da pesquisa, o colegiado era composto apenas por profissionais da psicologia. Além disso, as entrevistas apontaram que as pautas também são construídas a partir das necessidades que os representantes dos serviços trazem para o colegiado.

Foram considerados alguns avanços na organização do colegiado: a sistematicidade das reuniões e a organização de um calendário agendado previamente; a elaboração de um regimento interno para o funcionamento do grupo; a estruturação de um protocolo de saúde mental para profissionais das ESF; organização de Grupos de Trabalho - GT no colegiado e a recente criação de um GT da Atenção Básica -AB.

A Atenção Básica foi apontada em várias reuniões e nas entrevistas, como uma pauta a ser priorizada, devido a sua importância tanto na discussão junto às ESF sobre reforma psiquiátrica, por exemplo, como das psicólogas desenvolverem práticas que possibilitem junto aos profissionais um redirecionamento de concepção da saúde mental e o suporte fragilizado da rede de serviços para bancar a RP. Existe ainda uma articulação política frágil na efetivação dos encaminhamentos e da política e falta conhecimento da rede de serviços, tanto por parte dos profissionais da AB, como dos familiares e usuários.

Novas práticas precisam ser vivenciadas. As gestões precisam atentar para o que propõe a política pública, frente ao direcionamento das práticas que buscam efetivar o SUS no cotidiano das pessoas. Porque, para além da “atividade burocrática” de realizar um trabalho,

que deve ser desenvolvido de um modo específico, como por exemplo, é o trabalho no SUS e no campo da Saúde Mental nos dias atuais, existem os diversos exemplos, atuais e cotidianos para referenciar que as ações de outrora contribuem de forma muito superficial na prevenção e na promoção da saúde.

O colegiado representando o espaço de encontro para discussão da saúde mental do município se apresenta como um dispositivo potente tanto para organização dos serviços e dos trabalhadores, bem como para a gestão, por agregar diversos atores e sistematicamente os colocar em contato para debater a condução da política de saúde mental no município. A participação do NASF neste espaço foi apresentada como algo ainda em consolidação, visto que alguns distritos sanitários ainda não haviam oficializado seus representantes e se nos reportarmos às pautas discutidas no colegiado, é perceptível a frágil inclusão da AB nas discussões propostas.

A potência do colegiado na colaboração da estruturação da rede de saúde mental em João Pessoa reside na possibilidade de fomentar o debate e na construção mais articulada das ações nos diversos serviços ofertados pela gestão. Além disso, é possível aos profissionais, uma maior implicação e protagonismo para que as discussões aconteçam, as ações sejam planejadas, e as informações sejam socializadas com os demais que compõem as redes da saúde.

A participação do NASF e sua intencionalidade nas pautas propostas no colegiado e conseqüentemente na política municipal são essenciais para fomentar ações que fortaleçam a atenção básica como eixo estruturante das redes e pode ser um forte aliado na inclusão de ações em saúde mental nos territórios das ESF, além disso, pode contribuir na ampliação das concepções sobre saúde/doença mental que norteia as práticas dos profissionais das equipes de saúde da família e do próprio NASF.

— **O trabalho no NASF e as ações de Saúde Mental: a Psicologia no meio do caminho.**

*“... quem tá no Saúde da Família tem que dar conta de tudo que aparece na população, aí é um trabalho duro, o trabalho na assistência é um trabalho duro, não é fácil.”*

*Entrevista 1*

O NASF em seu processo de trabalho, como já descrito, tem organizado sua atuação num misto de atenção às demandas técnicas de apoio à gestão das ESF e demandas assistenciais oriundas do seu núcleo profissional. No campo da saúde mental, as ações realizadas variam de acordo com a organização de cada distrito sanitário, além de acompanhar alguns direcionamentos oriundos do colegiado de saúde mental, das demandas vindas dos territórios das equipes de saúde, e de encaminhamentos das reuniões dos GT's de saúde mental dos distritos. De acordo com as entrevistas realizadas com as representantes do NASF que compõem o colegiado de saúde mental, ter um grupo de discussão por distrito sanitário facilita a organização do trabalho e amplia a capacidade de intervenção no território; no momento da pesquisa apenas dois GT's de saúde mental funcionavam nos distritos.

Como as psicólogas foram as profissionais do NASF que estavam no colegiado de saúde mental, seus relatos apontaram que o trabalho é desenvolvido em três âmbitos: com as ESF, com o DS e com as equipes NASF. Com as ESF as ações em saúde mental que foram relatadas são: Visitas Domiciliares; Interconsulta; Educação Permanente em Saúde – EPS; reunião com equipes; discussão de casos; participação nas atividades do PSE<sup>5</sup>; articulação com CAPS, hospital geral, SAMU, famílias; participação nas feiras de saúde.

As ações realizadas com o DS e com as equipes NASF foram apresentadas como atividades que vão desde a organização de uma reunião matricial até um acompanhamento de

---

<sup>5</sup> Programa Saúde na Escola (PSE), do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, foi instituído em 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286.([www.saude.gov.br/pse](http://www.saude.gov.br/pse))

algum caso de outras ESF em quem os apoiadores solicitam suporte no campo da Saúde Mental.

Vale salientar que a organização das ações citadas pelas psicólogas são práticas que elas desenvolvem nos seus cotidianos de trabalho junto às ESF que elas apoiam. Para os casos que são de outros territórios, onde outros profissionais do NASF são apoiadores, as demandas de trabalho chegaram através da solicitação do próprio apoiador ou são atividades organizadas e desenvolvidas pelo GT de saúde mental de cada distrito, como exemplo podemos citar as oficinas realizadas em diversas equipes para apresentar a rede de saúde mental do município.

Outras ações foram citadas: inclusão da Saúde Mental nas atividades que as ESF já realizam como grupo de mulheres, de HIPERDIA, de gestantes e nas consultas que os profissionais das ESF realizam, oportunizando a realização de interconsultas. As entrevistas também apontaram para uma ação que já ocorreu em todos os distritos sanitários, que foi o levantamento dos usuários que fazem uso de medicamentos psicotrópicos continuamente. O que varia é o modo como isso ocorreu, o impacto que ocasionou nas ações de saúde do território, e a adesão de demais territórios do mesmo distrito para realização desse levantamento.

Pode-se observar que as ações informadas foram iniciadas pelas psicólogas, a partir de demandas identificadas nos seus cotidianos de trabalho de apoio às ESF. Na verdade, mesmo nos distritos que possuem GT de saúde mental, esses levantamentos não geraram ações sistemáticas e contínuas, mas apenas momentos pontuais de discussão do que foi coletado e a realização de algumas oficinas com ESF em alguns territórios dos distritos.

A saúde mental no trabalho desenvolvido pelo NASF apontou para uma prática pautada por princípios de reconhecimento de que os usuários de saúde mental são cidadãos e devem usufruir do sistema de saúde assim como os demais usuários do HIPERDIA, por

exemplo. Além disso, foi possível identificar algumas dificuldades na condução desse processo, como é o fato de lidar com a carga histórica de preconceitos relacionados ao campo da saúde mental e da loucura como doença. É fato que nesta pesquisa não poderemos realizar análises mais detalhadas dos aspectos positivos e negativos das atividades citadas, mas o reconhecimento de que a saúde mental está presente no cotidiano de trabalho, seja através de uma visita domiciliar, ou de um encaminhamento atrasado para as especialidades clínicas, e um exame de imagem, por exemplo, a ser resolvido pelo apoiador, torna-se um indicativo de que o contato com o campo pode acontecer por diversas vias de acesso.

Ao entrar em contato com o campo, o profissional necessitará articular estratégias para organizar seu processo de trabalho. O apoio desenvolvido pelo NASF e especialmente no campo da saúde mental encontra na estratégia do matriciamento uma possibilidade de caminho a ser experienciado. Como reflexo histórico das práticas desenvolvidas no processo da reforma psiquiátrica no Brasil, através das experiências de municípios como Santos e Campinas na década de 1980 e 1990, e da promulgação da lei Paulo Delgado em 2001, há um estímulo ao desenvolvimento de ações de saúde mental na atenção básica.

As experiências apontavam para um matriciamento realizado por equipes específicas compostas por psiquiatras e psicólogos, que acompanhavam equipes de saúde da família, e pelo matriciamento realizado pelas equipes dos CAPS. Agrega-se a isso a indicação do NASF como responsável por realizar matriciamento em saúde mental. O matriciamento do tema foi citado no grupo focal como uma ação realizada por todos os profissionais, no âmbito da saúde mental, e não apenas pelos profissionais reconhecidos como da área (Psicologia, Psiquiatria, Terapia Ocupacional), isso pode evidenciar um espaço fértil de intervenções para o NASF.

Aliar as experiências que são reflexos da luta pela consolidação dos preceitos da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica, como é o caso da Estratégia de Saúde da Família e

a Estratégia de Atenção Psicossocial numa conjuntura onde os inúmeros problemas sociais estão diretamente ligados a possibilidade de avanço nas estratégias, e onde as políticas sociais são fatiadas pela lógica do sistema neoliberal capitalista, indica um campo repleto de contradições e forças presentes.

Para o NASF que está imerso nesse sistema, é fundamental os aprendizados constantes, a formação deve ser contínua, assim, talvez, seja possível desenvolver práticas de promoção à saúde, e estruturas de ações e serviços que estejam a favor dos usuários através de amplos acessos ao sistema e de cuidados integrais. Aliado a isso, é necessário organizar melhor a rotina das atividades e definir com maior clareza e implicação as prioridades de ação.

Outro aspecto pode ser considerado no caso do NASF em João Pessoa, é que a estrutura de organização do trabalho do apoio em duplas ou trios de apoiadores e não em “equipes NASF” parece fragmentar ainda mais as áreas, como vemos na saúde mental. Apenas “a psicologia” compunha o colegiado de saúde mental e a maioria dos GT’s nos distritos sanitários; além disso, espera-se que esses profissionais “toquem a pauta”, organizando e sistematizando ações nesse âmbito. Corre-se o risco de tornar a saúde mental pauta apenas da psicologia.

Em João Pessoa, a estrutura da rede de saúde mental, e as ações desenvolvidas nos diversos pontos da rede, apontam para um importante papel a ser desenvolvido pelo NASF. A experiência do grupo focal indicou que o encontro de pessoas envolvidas com o mesmo trabalho, mesmo que em territórios diferentes, proporciona o encontro de práticas a serem socializadas e agregadas ao cotidiano do trabalho. No âmbito da saúde mental no NASF, mesmo que as ações desenvolvidas por professores de educação física de distritos sanitários diferentes sejam também diferentes, elas podem encontrar similaridades nas práticas de

psicólogos e fisioterapeutas, por exemplo, a partir da compreensão de que este campo deve ser vivenciado por todos os núcleos profissionais.

Olhar para o contexto atual que vivemos em pleno ano de 2013, em que o NASF no país se amplia no processo de consolidação junto às ESF, visando fortalecer a atenção básica como coordenadora do cuidado dos usuários, e refletir a diversidade de campos de atuação para o trabalho dos núcleos, indica-se que há muito trabalho a ser feito e que é necessário organização das gestões municipais e cooperação entre os entes federados para que as potencialidades do NASF não se percam por desestruturação da condução desse trabalho.

Espera-se a socialização de novas experiências em que as dificuldades sejam colocadas na roda de debate, que trabalhadores, gestores e usuários se sintam responsáveis pelo bom funcionamento da saúde que se quer no Brasil, que o passado seja um potente campo de análises críticas e a capacidade praxica se torne fruto dos avanços no campo da saúde pública, na qual a atuação presente seja fruto dessas análises e da intencionalidade de busca para um futuro melhor.

Frente ao trabalho que o NASF desenvolveu no âmbito da saúde mental, algumas dificuldades foram apontadas, dentre elas pode-se citar a sobrecarga de demandas administrativas que o NASF acompanha e a fragilidade nas ações de matriciamento; garantir acesso dos usuários aos serviços nas unidades de saúde e trabalhar os preconceitos que envolvem o campo da Saúde Mental e que provocam resistências dos profissionais no acolhimento a essas demandas; falta de suporte da rede de serviços que possam auxiliar na consolidação da reforma psiquiátrica e da implementação dos serviços substitutivos que propõem a atenção psicossocial aos usuários na saúde mental.

Aliado a isso, ainda há dificuldades nas discussões juntos aos demais membros do NASF sobre saúde mental: “...há necessidade de trabalhar o coletivo, distribuir tarefas, responsabilidades e ter vínculo com os profissionais...” Entrevista 4. As muitas demandas, a

articulação política frágil na efetivação dos encaminhamentos e da política e a falta conhecimento da rede de serviços, tanto por parte dos profissionais da AB, como dos familiares e usuários. Esses dados serão corroborados com o material coletado no Grupo Focal.

Mediante a necessidade de conhecer como os demais profissionais do NASF atuam no âmbito da Saúde Mental e como organizam as ações nesse campo, que a sessão seguinte foi construída.

### **3. A experiência do Grupo Focal: (re)pensando concepções e conhecendo práticas**

*“... o apoiador como salvador da pátria...”.*

*Entrevista 3*

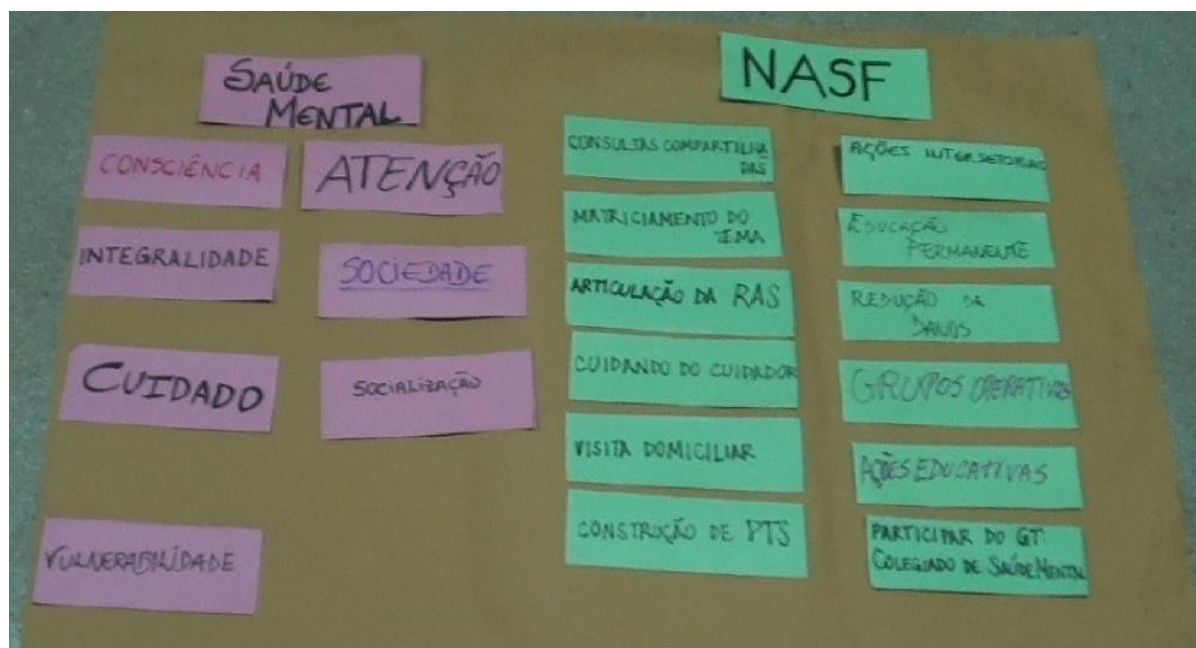
A proposta de utilizar a estratégia do Grupo Focal para discutir saúde mental com profissionais do NASF proporcionou um encontro de concepções e modos de trabalhar que, através da fala e da escrita, se expressaram e dizem de um importante movimento que ocorre para dentro do trabalho do NASF. Os profissionais que participaram deste momento, ao falarem de seu trabalho, falam do NASF em João Pessoa.

Além disso, a decisão de realizar um grupo focal foi baseada na possibilidade de verificar, junto aos demais profissionais do NASF, além da psicologia, como estariam organizando suas ações no âmbito da saúde mental. Os profissionais que participaram do grupo, o fizeram de livre e espontânea vontade e foram informados que a qualquer momento poderiam desistir da participação na pesquisa.

Como descrito anteriormente, o encontro aconteceu através do desenvolvimento de um roteiro que partiu da elaboração de um conceito individual sobre saúde mental, da apresentação pessoal através de uma palavra que resumiu o conceito criado, e da discussão e construção coletiva do que seria saúde mental. Posteriormente, através da apresentação de um

vídeo sobre a Estratégia de Saúde da Família, foi dialogado sobre o trabalho do NASF e sobre as ações que o NASF desenvolve no âmbito da saúde mental. Para a identificação das ações realizadas, o grupo dividiu-se em duas duplas e um trio, que através de tarjetas listavam as atividades que desenvolviam. Um painel coletivo foi montado, e foram identificadas ações que eram realizadas por todos do grupo e as que se diferenciavam entre os participantes.

O conceito de saúde mental apresentado no grupo, e o apanhado de considerações apresentadas pelos participantes pode definir o seguinte quadro:



Nota: Foto tirada no grupofocal.

Para o grupo de profissionais a saúde mental é uma política e área da saúde que visa o cuidado integral.

*Saúde Mental está relacionada com a dimensão do cuidado integral e universal. Considerando a não julgamento de valores e a necessidade da população e de cada indivíduo. É necessário profissionalismo e valores éticos além dos disponíveis atualmente. É necessário considerar o ser humano que há em cada um e que aja respeito. Por estar dentro do conceito geral de saúde, é importante que os outros aspectos (social, econômico, contexto familiar)*

*sejam levados em conta e que se produza autonomia.* Fisioterapeuta –

#### INTEGRALIDADE

*Trata-se de uma área do cuidado responsável pelo desbravamento dos transtornos mentais em todos os seus eixos (identificação, avaliação, tratamento). Além disso, se preocupa com os fatores influenciadores ao redor dos indivíduos portadores desses transtornos, as situações de vulnerabilidade a que estão submetidos.* Fisioterapeuta –VULNERABILIDADE

Campos (2003) em seu trabalho considera que para que a integralidade aconteça, o SUS precisa funcionar de modo a ocasionar interação entre o planejamento das ações e as atividades promovidas pelas quais os usuários acessam e vivenciam o sistema de saúde. Partilhando o olhar sobre esta concepção de integralidade, seria preciso que as atividades de gestão e da assistência se reflitam na saúde, nas suas expressões, enquanto política, como prática de trabalho e como modo de viver no mundo; além disso, a vida em sociedade propõe que as pessoas vivam de acordo com a organização social estabelecida. Mesmo com as dificuldades que a democracia representativa tem de se operacionalizar de fato, sua expressão na nossa sociedade, deve possibilitar a expressão da cidadania. Esta possibilidade também foi apontada no grupo:

*Saúde Mental é uma política de cuidado a pessoa com transtorno mental, visando o cuidado integral do sujeito no seu contexto biopsicossocial, resgatando seu direito como cidadão, como também sua inserção na sociedade.* Psicóloga –CUIDADO

*Saúde Mental no meu entendimento é uma área bastante abrangente do campo da saúde. É uma área bem delicada que atualmente está em grande discussão. Boa parte dos profissionais da atenção básica tem “medo” de lidar, não gostam. O trabalho no NASF e a convivência com vários profissionais da*

*saúde me fazem entender a saúde mental como uma das mais necessitadas de intervenção profissional, pois, dos problemas de saúde mental podem surgir problemas físicos, problemas individuais e coletivos.* Professor de Educação Física –SOCIEDADE

As concepções também indicaram um entendimento de que a Saúde Mental está relacionada a um modo de viver, a uma possibilidade de existência em que as diferenças convivem e os sujeitos podem experienciar a autonomia de forma consciente, aprendendo a lidar com suas próprias dificuldades e limitações, vivenciando as relações interpessoais e oportunizando o exercício da cidadania, da vida em sociedade.

*Saúde Mental diz respeito a um estado do ser humano em que o mesmo consegue lidar com suas dificuldades, limites, conflitos e superações de forma consciente, com a menor carga de sofrimento, desgaste e danos, possível. Não se restringe a relação dos sujeito consigo mesmo, com os outros e com as coletividades a que pertence; diz respeito a forma como o sujeito se coloca no mundo, de acordo com as suas vivências e aprendizados.* Psicóloga – CONSCIÊNCIA

*Saúde Mental diz respeito ao conjunto de situações que envolvem a vida e o modo de viver dos indivíduos na família, na sociedade e com eles mesmos, necessitando de um conjunto harmonioso das questões socioeconômicas, culturais e de relações interpessoais na sociedade que vive que possam favorecer saúde mental satisfatória.* Assistente Social –ATENÇÃO

Amarante (1999) aponta a necessidade de a sociedade refletir o processo de banalização do sofrimento humano, e de organização social e científica que promove adoecimento, e expansão da industrial farmacêutica e psiquiátrica. A concepção de que *“saúde mental não significa, somente, o uso de medicações contínuas, mas sim ter bom*

*convívio social e sem preconceitos*” (Nutricionista – SOCIALIZAÇÃO), pode indicar que como trabalhadora do NASF, existe uma possibilidade, um campo aberto para o desenvolvimento de ações que possam expressar ainda mais essa concepção no cotidiano do trabalho, utilizando o próprio apoiomaterial.

Outro aspecto que merece ser ressaltado refere-se a uma postura pessoal e profissional que as pessoas precisam adotar para que a saúde mental aconteça de modo integral. Há uma necessidade sutil, de um posicionamento que requer dos apoiadores organização das demandas de trabalho no NASF e priorização de ações e atividades neste campo: *“É necessário profissionalismo e valores éticos além dos disponíveis atualmente”* (Fisioterapeuta).

Durante a apresentação dos conceitos, o grupo pôde ouvir de cada participante um conceito individual, que perpassaram por ideias pessoais diferentes, mas que se apresentaram interligadas na compreensão ampla de como é necessário olhar para a saúde mental como uma possibilidade a todas as pessoas que vivem no mundo e não apenas a uma situação de adoecimento. Essa postura é uma condição para que a atenção psicossocial seja uma prática que contribui na consolidação dos pressupostos das reformas psiquiátrica e sanitária e que se expressam no SUS.

Pôde-se observar através da discussão que o conceito grupal vai numa perspectiva de que o indivíduo precisa ser considerado como um todo, que todas as pessoas do mundo precisam cuidar da saúde mental, que as pessoas em situação de adoecimento, inclusive ocasionado pelo sofrimento psíquico, podem e deve percorrer os serviços que o sistema de saúde dispõe e terem garantidos seus direitos e uma boa assistência.

Feita a socialização das concepções e da construção coletiva para o conceito de saúde mental, foi exibido o filme<sup>6</sup> de 11 minutos que apresenta o trabalho desenvolvido

---

<sup>6</sup><http://www.youtube.com/watch?v=EvAbGkvf3Yw>

pela Estratégia de Saúde da Família e sua importância no desenvolvimento das ações em saúde para a população atendida pelas equipes. O vídeo apresenta ainda o NASF como uma estratégia de ampliação das ações das equipes de saúde da família e a percepção dos usuários aos serviços prestados pelos profissionais dessas equipes. A apresentação do vídeo teve o objetivo de alinhar o conhecimento do grupo sobre o trabalho desenvolvido na Atenção Básica no Brasil, de modo que seus participantes pudessem refletir sobre o seu próprio trabalho junto às ESF em João Pessoa.

Após a exibição do vídeo, foi perguntado se algum participante já o teria visto, apenas uma fisioterapeuta respondeu positivamente. Em seguida foi solicitado que em duplas, os participantes escrevessem em tarjetas as ações que são realizadas pelo NASF no âmbito da Saúde Mental.

De modo geral as atividades que os participantes do grupo apontaram como sendo atividades que o NASF realiza são as seguintes:

- Visita Domiciliar(VD);
- Projeto Terapêutico Singular(PTS);
- Grupos Operativos;
- Participação em Grupos de Trabalho;
- Ações Educativas;
- Educação Permanente;
- Articulação de Rede;
- Consultas compartilhadas;
- Cuidando do Cuidador;
- Matriciamento do tema;
- Ações intersetoriais;
- Redução de Danos;

Vale salientar que as três primeiras ações (VD, PTS, Grupos Operativos) foram citadas por todos os participantes como sendo ações realizadas pelos NASF, além disso, assim como nas entrevistas, o grupo apontou para o cuidado em relação ao uso de medicação controlada (psicotópicos) por usuários acompanhados pelas ESF em todos os distritos sanitários dos participantes do grupo focal, indicando assim a relevância do tema em discussão.

Para cada uma das ações, o grupo foi debatendo a sua organização e desenvolvimento de modo que as diferenças foram sendo discutidas e as similaridades de atuações nos diferentes territórios dos distritos foram pontuadas como ações do NASF em relação à saúde mental. Vale salientar ainda que para a lista de ações que o grupo construiu, foi questionado se alguma delas era realizada apenas por profissionais da Saúde Mental das equipes NASF (as Psicólogas no caso do NASF em João Pessoa), e o grupo apontou que para todas as atividades listadas, todos os profissionais do NASF as realizavam independentemente de sua categoria profissional.

As Visitas Domiciliares (VD) são realizadas pelo NASF a partir das necessidades apontadas pelas ESF, na maioria das vezes, pelos ACS que visualizam a necessidade e realizam a articulação direta com o profissional do NASF que apoia sua equipe. Se a necessidade do usuário ou da família continuar o apoiador NASF da equipe pode articular a VD de um profissional (de categoria profissional específica) do NASF que esteja apoiando outras ESF. Nesse processo o NASF atua como um mediador nas ações em saúde e no âmbito da saúde mental pode ser um potente articulador nos casos onde demande cuidado específico aos usuários e seus familiares.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) foi apontado como uma ação que o NASF desenvolve, mas deve ser considerado como uma ferramenta de trabalho que os profissionais devem utilizar no cotidiano junto às ESF. Apesar de todos os participantes do grupo terem

sinalizado realizar PTS, o desenvolvimento dessa atividade era focada em um momento de reunião para discussão e encaminhamento de algum caso do território, mas o processo de acompanhamento e análise do andamento do PTS não ocorria devido ora a demandas de trabalho acumuladas não permiti o acompanhamento, ora pelo processo de vinculação e de encaminhamento dos caso pelasESF.

Mesmo com fragilidades, o desenvolvimento de PTS como ações em saúde mental realizadas pelo NASF está presente no cotidiano do trabalho dos participantes do grupo. Muitas experiências de trabalho desenvolvidas no âmbito da atenção básica, com equipes de matriciamento em saúde mental, apontam a importância do desenvolvimento de atividades no território onde vivem as pessoas e onde é possível identificar a rede social que está estabelecida e que pode ser um forte aliado no processo de inserção social das pessoas em sofrimentopsíquico.

Individualmente, cada profissional, identifica no seu cotidiano de trabalho, que as demandas que chegam às ESF referentes à saúde mental, são acompanhadas com um foco muito restrito a encaminhamentos aos serviços da rede, principalmente o CAPS, e à dispensação de receitas para aquisição de remédios psicotrópicos. Provavelmente, o trabalho do NASF pode contribuir para mudanças significativas nesse quadro. Com um NASF capaz de dialogar com as ESF e serem suporte no apoio às situações que chegam, é possível ampliar as ações e aumentar a capacidade de intervenção dos profissionais das ESF no âmbito da saúdemental.

Os grupos operativos foram considerados campos de ação na saúde mental. Eles são espaços aonde o NASF busca inserir também o cuidado voltado à saúde mental. Os grupos, na maioria das vezes, são organizados de acordo com os acompanhamentos já feitos pelas equipes, como por exemplo, o grupo do HIPERDIA (Hipertensão e Diabetes) oude

gestantes; ou por ciclo geracional, como é o caso do grupo de idosos. É muito comum existir pelo menos um grupo operativo no cotidiano de trabalho das ESF.

Tanto no grupo focal, como nas entrevistas com as psicólogas do NASF que estavam participando do colegiado de saúde mental, os grupos operativos apareceram no discurso como um espaço a ser aproveitado pelo NASF, visto que eles já são realidades no trabalho das ESF, cabendo ao NASF dar suporte e se incluir no processo de organização e de execução das atividades realizadas nestes grupos.

Considerando o conceito de integralidade e cuidado elaborado no grupo focal, os profissionais do NASF buscam, seja na forma de prevenção ou promoção à saúde, através do cuidado integral aos usuários desses grupos debaterem aspectos que produzam saúde aos participantes desses grupos. Vale salientar que a organização do processo de trabalho das ESF por grupos geracionais e situacionais (idosos, crianças, gestantes, etc) indica aos profissionais do NASF um campo de atuação, ao mesmo tempo em que deve oportunizar análises frequentes sobre a atuação das ESF junto às populações nos diversos territórios. Os grupos operativos não devem ser fechados e imutáveis, mas sim flexíveis à diversidade de possibilidades que as comunidades e os territórios apresentam.

A participação em Grupos de Trabalho (GT's) foi citada especificamente em referência à atuação de alguns profissionais do NASF nos GT de Saúde Mental dos distritos sanitários e da representação do NASF de cada distrito sanitário junto ao colegiado de saúde mental vinculado à secretaria de saúde do município. O colegiado também foi citado no grupo focal como espaço de organização da política de saúde mental em João Pessoa, e a participação do NASF neste espaço foi considerada como uma possibilidade de desdobramento desta política dentro das unidades de saúde da família. Ao mesmo tempo em que o apoiador representa o distrito neste espaço subsidiando o conhecimento do colegiado sobre os distritos sanitários e suas particularidades, e também leva o conhecimento às ESF e

aos demais membros do NASF sobre a instituição da política de saúde mental na rede de atenção à saúde.

As ações educativas e a educação permanente foram consideradas atividades que podem ser executadas com foco nas ESF, para os usuários e nas reuniões matriciais junto com os demais profissionais do NASF do distrito que cada profissional participa. Quando solicitados para exemplificar como isso ocorre na saúde mental foram citadas situações onde o próprio apoiador identificou a necessidade da ESF em dialogar sobre saúde mental, seja por uma necessidade apresentada por um dos profissionais, até mesmo os preconceitos velados e relevados no cotidiano, ou pelos relatos em alguma reunião de equipe e atuação em visitas domiciliares.

Diante das necessidades que se apresentam são elaboradas atividades nas próprias reuniões de equipe, e acompanhamentos sistemáticos com os profissionais. Além disso, a alguns profissionais do NASF já foi solicitado a participação em atividades nas escolas e em grupos já existentes nas unidades de saúde para dialogar sobre saúde mental.

Vale salientar ainda, que para os demais profissionais do NASF, o processo de educação permanente se revela como uma estratégia em que o debate sobre saúde mental pode organizar de forma mais efetiva a atuação do NASF para este campo, visto que todos os profissionais, independente da categoria profissional, precisam desenvolver ações nesse âmbito.

O documento organizado pelo Conselho Federal de Psicologia – CFP que sugere contribuições para a constituição da RAPS aponta a educação permanente como um processo que provoca uma revisão da prática cotidiana e que pode ser desenvolvida através das reuniões de equipe, de estudos de caso, de discussões e construções coletivas para organização dos casos acompanhados pelas ESF. As mudanças na produção do cuidado que a

educação permanente propõe para as equipes, pode ser provocadora de novas experiências para a vida dos trabalhadores e usuários do SUS.

A articulação da rede de atenção à saúde foi citada como uma ação que o NASF precisa realizar para que os casos conhecidos como “da saúde mental” (os que demandam intervenção direta e contínua a usuários e famílias em situação de sofrimento) possam se desenvolver de modo satisfatório. Seja a partir da necessidade de chamar à família para participar da condução do caso, ou de articular a rede de serviços substitutivos, como o CAPS e os ambulatórios de saúde mental, e ainda a inclusão de outros setores como CRAS e CREAS no processo de articulação intersetorial. Além disso, com o objetivo de desenvolver um olhar integral no desenvolvimento das ações em saúde mental, é preciso ofertar cuidado para além das questões psiquiátricas, encaminhando os usuários para o cuidado necessário, em outras áreas da saúde.

As consultas compartilhadas acontecem pela necessidade que as equipes de saúde da família sinalizam aos apoiadores NASF, ou pela necessidade identificada pelo apoiador do NASF em realizar uma consulta em conjunto com outro, ou outros profissionais. Na saúde mental elas ocorrem através do contato feito com o profissional para compartilhamento da consulta ou pode acontecer da consulta compartilhada ser fruto de uma VD realizada pelo apoiador na qual se verificou a necessidade do olhar de outras categorias profissionais ao cuidado em saúde mental.

O cuidando do cuidador foi citado como um conjunto de práticas realizadas com vistas à promoção da saúde mental. Elas foram citadas como ações que são desenvolvidas pelo NASF para os profissionais das ESF e ações em que estes profissionais do NASF também participam. No grupo focal, o cuidando do cuidador se apresentou de três formas: como práticas integrativas nas unidades de saúde, como práticas corporais em turnos de

reunião de equipe e como momentos de reflexão sobre saúde e adoecimento que as equipes demandam.

As práticas integrativas foram citadas como possibilidades de ação junto às unidades de saúde, onde tanto os profissionais do NASF são capacitados para realizar oficinas específicas (relaxamento, reflexologia, terapia comunitária, etc) com os profissionais das ESF e com os demais profissionais do NASF. As práticas realizadas durante reuniões de equipe, como espaços com metodologia livre para vivenciar o cuidar um do outro, e espaço de reflexão sobre o auto cuidado. Além disso, tanto as ESF como as equipes NASF demandam momentos de vivências onde as práticas corporais oportunizem o cuidado a quem cuida cotidianamente de outras pessoas.

João Pessoa tem estruturado em sua rede de saúde, serviços e ações que estão dentro da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC no SUS. A concepção ampliada de saúde e de produção de cuidado que permeia esta política, injeta na AB mais parâmetros para análise das situações de saúde e adoecimento, e amplia o campo de ação com vistas à promoção e prevenção na saúde.

Provavelmente, estas ações que o NASF desempenha nesse campo, reflete o movimento que passa por atividades desenvolvidas junto as ESF e como práticas que os profissionais destas equipes também desenvolvem com os usuários no território. A Terapia Comunitária – TC é um exemplo. Através da oferta de cursos em TC, e do acompanhamento, por parte da gestão, alguns profissionais foram capacitados e desenvolvem rodas de TC nas unidades de saúde. Nesse âmbito, muitos apoiadores NASF também foram capacitados e acompanham essas atividades junto as ESF.

Outra ação em saúde mental citada pelo grupo foi o matriciamento do tema. Muitos momentos de matriciamento são demandados pelas ESF, especialmente nos casos de saúde mental, em que as ESF se sentem incapazes de contribuir na condução.

O matriciamento, como uma ferramenta de trabalho do NASF foi citado no grupo focal como uma atuação em âmbitos diversos: no caso onde a ESF elegeu a saúde mental como prioridade de atuação, seja por uma demanda particular da ESF ou de uma necessidade do território da ESF; nestes casos as ESF solicitam suporte ao NASF para discutir e elaborar suas condutas.

Outro âmbito se refere aos debates realizados no município durante o mês de maio, devido ao dia da luta antimanicomial (18 de maio), e às ações elaboradas e executadas, que são fruto desse matriciamento. Por fim, as ações que os GT's de saúde mental propõem em cada distrito sanitário e como isso é discutido no colegiado de saúde mental também foram considerados como ações de matriciamento do tema.

Além disso, foram consideradas como ações de matriciamento do tema, as atividades realizadas de apresentação das redes de atenção à saúde e do funcionamento da rede de atenção psicossocial do município, tanto para profissionais das ESF e usuários, como para demais profissionais das equipes NASF.

A redução de danos foi citada como uma ação em saúde mental que o NASF desenvolveu; através do debate no grupo, pode-se identificar que na verdade a Redução de Danos, no momento da pesquisa, foi citada como um curso para os ACS's em que alguns profissionais do NASF foram convidados a participar como facilitadores. Mas também foi citada como uma conduta na qual se busca minimizar os danos à saúde dos usuários. No campo da saúde mental a estratégia de redução de danos é muito utilizada nas condutas com usuários que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas.

Além das ações citadas pelo grupo, foi possível identificar algumas potencialidades do trabalho do NASF no discurso dos participantes. O NASF foi apresentado como um rico espaço de aprendizagem sobre o SUS e o seu funcionamento, foi considerado como um impulsionador na aprendizagem e como um espaço onde o apoiador precisa

desenvolver um perfil profissional que agrega as particularidades das categorias profissionais e a unidade do trabalho multiprofissional que a atenção básica à saúde necessita.

Encontrar nas ações realizadas pelo NASF em João Pessoa uma possibilidade concreta de trabalho em saúde mental na atenção básica pode ser um forte indício de avanços no campo desta política em âmbito municipal. A linha de cuidado em saúde mental parece estar apoiada a partir do momento que *“todos os profissionais daqui vão ter sim que discutir Saúde Mental”* como afirmou uma das entrevistadas, e da capacidade de cooperação na organização das redes de atenção à saúde que o NASF pode desenvolver, tendo as ESF como equipes de referência no desenvolvimento do apoio.

A atenção básica como ordenadora e coordenadora das redes de atenção ainda tem o desafio de se consolidar como política. Aliado a isso, temos uma baixa integração entre as redes, os hospitais não estão em rede, as UPA's (Unidades de Pronto Atendimento) também não. As unidades de saúde da família, os ambulatórios e os centros especializados ainda contam com baixa infraestrutura e há muitas políticas dentro do SUS que não se comunicam na forma de operacionalização. Estes são desafios colocados no sistema de saúde.

A Estratégia de Saúde da Família, com toda sua amplitude no país, tem sido uma potente estrutura na mudança nos indicadores sociais e de saúde, como no caso da diminuição da mortalidade infantil e da cobertura vacinal. A Reforma Psiquiátrica – reclamada pelos profissionais, familiares e usuários dos serviços de saúde mental, delineada em paralelo com a Reforma Sanitária pós ditadura militar – , juntamente com a 8ª CNS, e os movimentos em prol da reformulação das políticas de saúde do país, estruturam uma nova forma de organização da saúde “cobrando” do Estado uma mudança de posição frente a consolidação dessa organização.

Para produzir impactos positivos nos indicadores de saúde da população é preciso inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando ações e serviços no

desenvolvimento das redes de atenção. O NASF tanto sob o aspecto da atenção básica como da rede de atenção psicossocial precisa desenvolver atividades que requerem uma formação para o SUS. No caso dos profissionais que participaram da especialização para o apoio em João Pessoa, discussões sobre cartografia, territórios, necessidades do território, rotina de vigilância, políticas específicas (Saúde Mental e Saúde da Criança, por exemplo) foram apontadas como orientadoras do trabalho no NASF e como geradora de ações nas quais os direcionamentos do que propõe a política pública são seguidos.

O SUS está em intensa consolidação. Atualmente inúmeras estratégias vêm sendo desenvolvidas como possibilidades de fortalecer o sistema. No âmbito da Atenção Básica, o Ministério da Saúde tem pautado uma política que possa estruturar as redes de atenção à saúde, e para isso desenvolve estratégias de gestão para operacionalizar essa política. Algumas estratégias como o PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade), o PSE (Programa Saúde na Escola), o Requalifica UBS, a Academia da Saúde, o Consultório na rua, aliadas no trabalho das equipes de saúde da família, visam estimular às gestões municipais na organização e operacionalização da Atenção Primária à Saúde, e a Atenção Básica é essa expressão no Brasil.

Para finalizar o grupo focal foi feita uma avaliação da atividade e em seguida foi construída coletivamente a poesia que abre a sessão dos resultados dessa pesquisa. A construção do poema coletivo, no início, causou estranhamento aos participantes do grupo, mas todos contribuíram, e todos também se alegraram com o resultado da beleza da produção. Essa estratégia se deu como forma de estimular aos participantes a expressão final de tudo que havia sido discutido no grupo.

O caminho que é preciso construir e seguir no trabalho cotidiano do SUS, e a sensibilidade necessária para uma atuação em saúde mental, comprometida com proposições das reformas psiquiátrica e sanitária, mesmo com seus desafios, impulsiona as pessoas a

pensar sobre a sua própria vida, e sobre como tem se desenvolvido no mundo e atuado no cotidiano de trabalho; o encontro com o outro, as concepções partilhadas, e a avaliação pessoal são fundamentais na perspectiva da construção do trabalho em saúde que considera os aspectos subjetivos na produção do cuidado que os trabalhadores devem empreender.

Destaco aqui os versos finais da poesia coletiva, acreditando que a alteridade necessária e o comprometimento pessoal com o campo da saúde mental e das políticas públicas é uma construção que não se encerra, mas que deve considerar o que já vivemos, o que o nosso país já produziu de história e o que cotidianamente está sendo produzido na história do SUS nos diversos locais do nosso Brasil.

*“Conhecer a si para poder ajudar o outro*

*O poder do conhecimento e mudança,*

*Vem para enriquecer a nossa história.*

*E para que tudo isso, sirva como herança.”*

*“O chãodotrapézio  
é  
umalinharetacujo  
corponegadeseac  
ostumar”.*

CarlosAraújo

**(EN)CAMINHAR PARASEGUIR**

Acredito que o trabalho do mestrado, não apenas a dissertação me ajudou a compreender que essas possibilidades colocadas pelo sistema de saúde advêm de um processo de organização da sociedade que é para além da área da saúde apenas; está no cerne do próprio desenvolvimento do Estado brasileiro, e na sua capacidade de ofertar serviços públicos, e de qualidade para os cidadãos.

Mesmo não sendo possíveis generalizações mais globais acerca do trabalho do NASF e das ações desenvolvidas em Saúde Mental, buscou-se compartilhar num recorte específico para o mestrado, como uma pequena parte dessa imensa peça que é a atenção básica aconteceu em uma capital do país e como através do olhar para as ações de um grupo de profissionais é possível suscitar várias nuances na organização do trabalho. Com essa pesquisa foi possível reconhecer estratégias que estão no cotidiano do SUS, e como elas estão se desenvolvendo.

É certo que diante da dimensão ampla da sociedade, parece audaciosa a ideia de refleti-la através desse trabalho. Os indicadores sociais que colocam João Pessoa no patamar das capitais mais violentas do país, por exemplo, relacionam-se com muita veemência nas situações de saúde e de adoecimento da população; o desemprego, a fome e a precariedade da educação também provoca efeito, muitas vezes devastadores, na saúde das pessoas. Refletir sobre ações em saúde, é refletir sobre o mundo. Soma-se a isso, a gravidade diante da adoção de práticas retrógradas e manicomiais para os casos da saúde mental, vemos cotidianamente como alguns temas são discutidos na nossa sociedade.

Continua-se estimulando a internação em clínicas psiquiátricas e comunidades terapêuticas de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, muitas vezes sem nenhuma análise da produção social deste problema e da corresponsabilidade da nossa

organização social na produção dessa realidade. Além disso, ainda sofre-se com a distância entre as proposições políticas e as execuções práticas.

É preciso ampliar o campo de atuação. É preciso socializar as práticas que agregam conhecimento e refletem a vida acontecendo. As ideias que podemos elaborar sobre o NASF em João Pessoa, a partir dessa pesquisa, são fruto de como os profissionais estão atuando no cotidiano, de como estão fazendo a história do NASF em João Pessoa, e acreditando na possibilidade de uma reflexão compartilhada com quem a produz é que propomos como encaminhamento dessa pesquisa, a socialização de seus resultados com a gestão municipal e com os trabalhadores do NASF no município. Espero ser possível realizar apresentação desse trabalho no colegiado de saúde mental de João Pessoa objetivando assim, o compartilhamento desse processo, bem como para dialogar através da reflexão grupal.

Além disso, espero que essa singela devolutiva do que consegui captar através dessa pesquisa expresse o comprometimento perante o SUS e perante a produção científica no campo da saúde pública e das políticas sociais; espera-se ainda, que as práticas desenvolvidas pelos profissionais do NASF e em especial à psicologia, que se apresentou como categoria profissional da saúde mental, encontre espaços de reflexão para o aprimoramento contínuo das ações em saúde no SUS.

Para concluir, acredito que o campo de debate sobre essa pesquisa continuará aberto, seja através da socialização em eventos e congressos, espaços de formação, oficinas com trabalhadores da saúde, e na própria produção de artigos e revisões a serem publicados em revistas científicas, e assim deverá permanecer, pois lembro bem das primeiras palavras no processo de orientação em que eu, muito ansiosa e com dificuldades com o mundo do trabalho, chego ao mestrado querendo responder a questões que, só agora, sei que são para toda a minha existência, pelo menos para essa, e que não se acalmam ao fim do mestrado.

As faltas aqui contidas poderão ser caminhos a percorrer e lacunas a serem ocupadas, e certamente o encontro com elas produzirão mais coisas a serem ditas posteriormente, se eu quiser. Mas depois já será outro tempo, outra coisa a ser dita.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz

Amarante, P. (2007). Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. *Caderno Brasileiro em Saúde Mental*. Vol 1, nº 1, jan-abr.2009.

Amarante, P.; et al (2007). Metamorfose ou invenção: notas sobre a história dos novos serviços em saúde mental no Brasil In Jacó-Vilela, A. M.; Cerezzo, A. C.; & Rodrigues, H.B. C. *Clio-Psyché hoje: fazeres e dizeres psi na história do Brasil*. (pp. 51- 64). Relume Dumará: Rio de Janeiro.

Amaral, M. A. (1997). Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. *Revista de Saúde Pública*. 31(3),288-285.

Andrade, L. O. M.; Barreto, I. C. H. C.; Bezerra, R. C. (2012). Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In Campos, G. W. S. et al (ORG). *Tratado de Saúde Coletiva* (pp 615-634). São Paulo:HUCITEC.

Brasil. M. S. 2001. Programa de Saúde da Família: Guia Prático do Programa de Saúde da Família. *Cadernos de Atenção Básica* Brasília, DF, Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/guia\\_psf.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/guia_psf.pdf)>.

Portaria n.154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Ministério da Saúde.

Brasília/DF. Disponível em:<[http://conasems.org.br/files/DO1\\_2008\\_01\\_25.pdf](http://conasems.org.br/files/DO1_2008_01_25.pdf)>.

Brasil. M. S. (2010). *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio de à Saúde da Família*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – DAB. Brasília: Ministério da Saúde.

Campos, G. W. S. (2003). *Saúde Paidéia*. São Paulo: HUCITEC

Coimbra, V. C. C.; Oliveira, M. M.; Villa, T. C. S.; Almeida, M. C. P. (2005). A Atenção em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 7(1), 113-117.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Para Entender a Gestão do SUS. (2011). *Atenção Primária e Promoção da Saúde*. Brasília: CONASS.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Para Entender a Gestão do SUS. (2011). *Legislação Estruturante do SUS*. Brasília: CONASS.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Para Entender a Gestão do SUS. (2011). *Sistema Único de Saúde*. Brasília: CONASS.

*Contribuições do Conselho Federal de Psicologia para a constituição da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde a partir do decreto 7.508/2011*. (2011). Brasília: Conselho Federal de Psicologia.

Cunha, G. T. & Campos, G. W. S. (2011). Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde Soc. São Paulo*. 20(4), 961-970.

*Decreto nº 7.508* (2011, 28 de junho). Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à Saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde.

Dimenstein, M.; Severo, A. K.; Brito, M.; Pimenta, A. L.; Medeiros, V.; Bezerra, E. (2009). O Apoio Matricial em Unidade de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde Soc. São Paulo*. 18(1),63-74.

Figueiredo, M. D. & Campos, R. O. (2008). Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. *Saúde em debate*. 32 (78/79/80),143-149.

Figueiredo, M. D. & Campos, R. O. (2007). Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência e Saúde Coletiva*. 14(1),129-138.

Gama, C. A. P. & Campos, R. O. (2009). Saúde Mental na Atenção Básica – Uma pesquisa exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. 1(2),112-128.

Lancetti, A. (2009). *Clínica Peripatética*. 4.ed. São Paulo:HUCITEC.

Lancetti, A. & Amarante, P. (2012). Saúde Mental e Saúde Coletiva. In Campos, G. W. S. et al (ORG). *Tratado de Saúde Coletiva* (pp 615-634). São Paulo:HUCITEC.

Lavrador, M. C. C. (2007). A Psicologia e os Desafios Contemporâneos da Reforma Psiquiátrica. *Diálogos em Psicologia Social*. Jacó- Vilela, A. M. & Sato. L. Porto Alegre: Evangraf.

Mendes, E. V. (2011). As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Nascimento, D. D. G. & Oliveira, M. A. C. (2010). Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O Mundo da Saúde*. 34(1),92-96.

Neves, R.; Dimenstein, M.; Paulon, S.; Nardi, H.; Bravo, O.; Galvão, V. A. B. M.; Severo, A. K. S.; Figueiró, R. (2012). A Saúde Mental no Sistema Único de Saúde do Brasil: duas realidades em análise. *Avances em Psicologia Latinoamericana*. 30(2),356-368.

Nunes, M.; Jucá, V. J.; Valentim, C. P. B. (2007). Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*. 23(10),2375-2384.

Oliveira, I. F.; Silva, F. L. & Yamamoto, O. H.(2007). A psicologia no Programa de Saúde da Família (PSF) em Natal: espaço a ser conquistado ou um limite da prática psicológica? *Revista Aletheia*, 25,5-19.

Paim, J. S. (2009). Uma análise sobre o processo da reforma sanitária brasileira. *Saúde em debate*. 33(81),27-37.

Paim, J. S. (2009). O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Penido, C. M. F.; Alves, M.; Sena, R. R.; Freitas, M. I. F. (2010). Apoio Matricial como tecnologia em saúde. *Saúde em debate*. 34(86),467-474.

*Política Nacional de Atenção Básica – PNAB*. (2012). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – DAB. Brasília: Ministério da Saúde.

Santos, L. & Andrade, L. O. M. (2009). Vinte Anos de SUS: o sistema de saúde no Brasil no século 21. *Saúde em debate*. 33(82),201-213.

Santos, N. R. (2009). A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. *Saúde em debate*. 33(81),13-25.

Silva, A. T. M. C; Barros, S; Oliveira, M. A. F. (2002). Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. *Escola Enfermagem- USP*. 36(1), 4-9.

Silva, A. T. C.; Aguiar, M. E.; Wink, K.; Rodrigues, K. G. W.; Eri Sato, M.; Grisi, S. J. F. E.; Bretani, A.; Rios, I. C. (2012). Núcleos de Apoio: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 28(11),2076-2084.

Vieira Filho, N. G.& Nóbrega (2004). A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. *Estudos de Psicologia*. 9(2),373-379.

Yamamoto, O. H., & Oliveira, I. F. (2010). Política Social e Psicologia: uma trajetória de 25 anos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(nº especial), pp. 9 –24.

Yasui, S. & Costa-Rosa, A. (2008). A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em debate*. 32(78/79/80),27-37.

## **APÊNDICES**

## Roteiros das entrevistas

### Diretoria de Atenção à Saúde

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

Sexo: \_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Formação Acadêmica (graduação) \_\_\_\_\_

Ano de Conclusão de curso: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Formações Complementares (pós-graduação): \_\_\_\_\_

Ano de ingresso na Secretaria Municipal de Saúde \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_

Outras funções que já ocupou \_\_\_\_\_

Cargo que ocupa atualmente \_\_\_\_\_ Desde \_\_\_\_\_

Em que consiste seu trabalho atual?

- Sobre o NASF, qual a configuração/organização atual em João Pessoa? Existem quantas equipes?

- Como é realizado o trabalho cotidiano das equipes?

- Como estão distribuídas as Equipes NASF? Em que se baseia essa distribuição?

- Quantas equipes de saúde da família, cada equipe NASF está vinculada?

- Quantas equipes NASF existem por distrito sanitário, e como é feita a distribuição delas, quais os critérios?

- Quais as estratégias de atuação que a gestão direciona para o trabalho do NASF em João Pessoa?

- Como é feito o acompanhamento, pela gestão, do trabalho do NASF?

- Como é feita a discussão das áreas estratégicas do NASF, e como se organizações?

- Na configuração da rede de saúde do município, quais ações que o NASF é responsável em nível de assistência?

## Coordenação de Saúde Mental

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

Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Formação Acadêmica (graduação) \_\_\_\_\_

Ano de Conclusão de curso: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Formações Complementares (pós-graduação): \_\_\_\_\_

Ano de ingresso na Secretaria Municipal de Saúde \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_

Outras funções que já ocupou \_\_\_\_\_

Cargo que ocupa atualmente \_\_\_\_\_ Desde \_\_\_\_\_

Em que consiste seu trabalho atual?

- Quais as atribuições da Coordenação de Saúde Mental?

- Como está organizada a rede de saúde mental de João Pessoa?

- Como é feito o acompanhamento aos usuários com transtorno mental, na atenção básica?

- Onde o NASF está na composição da rede do município?

- Existem estratégias de gestão, que a coordenação orienta para o trabalho em saúde mental? Como é feito esse acompanhamento?

- Sobre a reforma psiquiátrica, como ela está sendo discutida em João Pessoa? Há algum direcionamento sobre isso por parte da gestão municipal?

- Na sua opinião, os trabalhadores da rede de saúde de João Pessoa, compreendem os pressupostos da reforma psiquiátrica e operacionalizam suas ações com base nela?

- Há dificuldades nas discussões e operacionalizações sobre saúde mental? Se sim, quais?

### Profissionais do NASF participantes do Colegiado de Saúde Mental

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

Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Formação Acadêmica (graduação) \_\_\_\_\_

Ano de Conclusão de curso: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Formações Complementares (pós-graduação): \_\_\_\_\_

Ano de ingresso na Secretaria Municipal de Saúde \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_

Outras funções que já ocupou \_\_\_\_\_

Cargo que ocupa atualmente Desde \_\_\_\_\_

Distrito que faz parte \_\_\_\_\_

- Como se deu a inserção no colegiado de saúde mental?
- Qual o papel do colegiado de saúde mental?
- O que vem sendo discutido no colegiado?
- Quais pautas você considera prioritárias? Porque?
- Como as discussões retornam ao distrito?
- Como a pauta é estabelecida? As demandas dos distritos são contempladas como?
- O que seria preciso para potencializar o colegiado de saúde mental?
- Como se organiza as discussões em saúde mental em seu distrito? E no território em que atua?
- Como acontece a discussão junto aos demais membros do NASF?
- Em nível de assistência, que ações o distrito vem desenvolvendo?
- Quais as dificuldades encontradas no dia a dia de trabalho?

## **Grupo Focal**

Questões norteadoras:

1 – O que é Saúde Mental?

2 – Como é o trabalho no NASF em João Pessoa?

3 – Quais as ações em Saúde Mental que o NASF desenvolve?

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –TCLE**

Este é um convite para você participar da pesquisa: As ações em Saúde Mental nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família - NASF, que tem como pesquisadora responsável, Shenia Maria FelicioFelix

Esta pesquisa pretende investigar como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF de João Pessoa tem estruturado suas ações em saúde mental. O objetivo do estudo é verificar, com base em suas vivências, como estão organizadas as ações em saúde mental, especialmente na articulação entre os profissionais de saúde mental que compõem as equipes NASF e os demais profissionais, membros dessas equipes.

O motivo que nos leva a fazer este estudo é contribuir para a consolidação da importância do trabalho interdisciplinar nas práticas em saúde, no sentido de promover e pensar o processo saúde/doença, agora, como um fenômeno coletivo, histórico e multideterminado. Além disso, busca contribuir na qualificação da discussão da saúde mental na atenção básica no Sistema Único de Saúde -SUS

Caso você decida participar, você deverá se dispor a responder as perguntas feitas nas entrevistas individuais e/ou participar das discussões que acontecerão nos grupos focais com demais profissionais da saúde que compõe o NASF na cidade de JoãoPessoa.

Durante a realização das entrevistas e do grupo focal, a previsão de riscos é mínima, ou seja, não prevemos nenhuma situação ou faremos qualquer pergunta que coloque os participantes em situações constrangedoras ou desconfortáveis. Caso aconteça algum desconforto, as providências necessárias serão realizadas e os possíveis ônus ficam à cargo do pesquisador.

Em caso de algum problema que você possa ter, relacionado com a pesquisa, você terá direito a assistência gratuita que será prestada pela pesquisadora responsável e/ou por outros profissionais.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para Shenia Maria Felicio Felix nos seguintes telefones: 83. 8826.1744 e 83.9970.8410.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo paravocê.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar.

Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5anos.

Se você tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador e reembolsado para você.

Se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizado.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, telefone 3215-3135.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável - Shenia Maria Felicio Felix.

### *Consentimento Livre e Esclarecido*

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa As ações em Saúde Mental nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família - NASF, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

João Pessoa \_\_\_\_\_ de 2012.

**Assinatura do participante da pesquisa**

**Assinatura e carimbo do pesquisador responsável**

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

Eu, \_\_\_\_\_, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada As ações em Saúde Mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, a pesquisadora Shenia Maria Felicio Felix a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais;
3. minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;
5. os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa Shenia Maria Felicio Felix, e após esse período, serão destruídos;
6. serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

João Pessoa \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Assinatura do participante da pesquisa**

**Assinatura e carimbo do pesquisador responsável**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGENS**

Eu, \_\_\_\_\_, **AUTORIZO** a Shenia Maria Felicio Felix, coordenador(a) da pesquisa intitulada: As ações em saúde mental nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família - NASF a fixar, armazenar e exibir a minha imagem por meio de vídeo com o fim específico de inseri-la nas informações que serão geradas na pesquisa, aqui citada, e em outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais.

A presente autorização abrange, exclusivamente, o uso de minha imagem para os fins aqui estabelecidos e deverá sempre preservar o meu anonimato. Qualquer outra forma de utilização e/ou reprodução deverá ser por mim autorizada.

O pesquisador responsável (Shenia Maria Felicio Felix, assegurou-me que os dados serão armazenados em meio digital, sob sua responsabilidade, por 5 anos, e após esse período, serão destruídas.

Asseguro-me, também, que serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse de minhas imagens.

João Pessoa \_\_\_\_\_ de 2012.

**Assinatura do participante da pesquisa**

**Assinatura e carimbo do pesquisador responsável**