



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA – CAMPUS SOBRAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

PEDRO RENAN SANTOS DE OLIVEIRA

**“ESSE CASO É DE NASF?”: COMPREENDENDO PRÁTICAS DE SAÚDE MENTAL
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM FORTALEZA-CE.**

SOBRAL

2013

PEDRO RENAN SANTOS DE OLIVEIRA

“ESSE CASO É DE NASF?”: COMPREENDENDO PRÁTICAS DE SAÚDE MENTAL NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM FORTALEZA-CE.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Luis Fernando Farah de Tófoli.

SOBRAL

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- O49e Oliveira, Pedro Renan Santos de.
 “Esse caso é de NASF?”: compreendendo práticas de saúde mental na atenção primária em Fortaleza-CE/ Pedro Renan Santos de Oliveira. – 2013.
 152 f. : il.
- Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2013.
 Orientação: Prof. Dr. Luis Fernando Farah de Tófoli.
1. Atenção Primária à Saúde. 2. Programa Saúde da Família. 3. Saúde Mental. 4. Reforma Psiquiátrica. 5. Prática Profissional. I. Título.

CDD 362.1

PEDRO RENAN SANTOS DE OLIVEIRA

“ESSE CASO É DE NASF?”: COMPREENDENDO PRÁTICAS DE SAÚDE MENTAL NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM FORTALEZA-CE.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará,
como requisito parcial para obtenção do título de Mestre
em Saúde da Família.

Aprovado em ____ de _____ de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luís Fernando Farah de Tófoli (Orientador)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof. Dr. Geison Vasconcelos Lira
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof. Dra. Vlândia Jamile dos Santos Jucá
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Prof. Dr. Aluisio Ferreira de Lima
Universidade Federal do Ceará – UFC

Aos trabalhadores do Sistema Único de Saúde. Àqueles que desejam que o SUS um dia seja efetivamente único e de todos.

AGRADECIMENTOS

À minha família, tão importante na minha trajetória, caminhos e distâncias;

Ao meu orientador, Tófoli. Sua confiança me encorajou, sua crítica me reanimou. Agradecimento é pouco pelo respeito e força a mim emanada desde o primeiro encontro, ainda residente.

Ao professor Aluisio, que contribuiu na construção dessa dissertação e não só em sua avaliação. Ao professor Geison, que, com a sua dedicação e presteza, extrapolou o papel de professor do programa e construiu esta dissertação e de tantos outros mais, direta e indiretamente. À professora Vlândia Jucá, que encurtou as distâncias geográficas e deixou tão próximas suas considerações, sempre cuidadosa e precisa.

Aos meus amigos que abriram as portas desta terra de luz e mistério (!), Fortaleza. Se aqui escolhi viver e fazer raízes, vocês, amigos, são corresponsáveis: Gilmário, Léo, Luisa, Lidiany, Amanda Frota, Cezar Wagner. Aos que sempre me abrigam: Jon e Lorena, não é de hoje que vocês me oferecem o lar de vocês. Saibam que vocês habitam em mim. Aos que também adotaram esta terra e hoje constroem o meu cotidiano: Marco Túlio (Marcão) e Tatiana (Tati). Àqueles que adotaram esta terra e vão continuar adotando mais e mais lugares na vida: Flavia, Martina (que logo volte), Diego (cearense-cubano), Fernanda, Cadu. Vocês ajudam a construir o significado da palavra Fortaleza.

Aos amigos da terra natal, da minha querida Recife. Esses leões do norte me fazem querer estar sempre perto das raízes. Em nome do Vasco, Clebes, Renato, Suzana, Valeria, Luisa, Andrea, agradeço a honra de com vocês compartilhar meus tantos erros e alguns acertos. Nossos sonhos e utopias não morrem e se atualizam a cada “CI”...;

Aos “multi” residentes – ou resistentes. Especialmente à Nara, Suelen, Luana e Diego, com quem tanto marquei ausências (espero que poucas) e presenças (espero que intensas). Vocês revigoram o desejo de luta pela educação para o SUS, no SUS, com o SUS;

À minha companheira Mayrá, à minha pequena Alice. “Minhas meninas”, diria Chico Buarque. Não há raiz maior do eu essa que você, Mayrá, cultivou em mim. Meu amor agora é forte e gera fruto. Você me faz crescer.

Às equipes de NASF de Fortaleza, pela generosidade de participarem da pesquisa.

À Secretaria de Saúde de Fortaleza, por ter autorizado a realização do estudo.

À CAPES, pelo apoio financeiro com a manutenção da bolsa de estudo.

Meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) nascem, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), como tentativa de resolução, sobretudo, das questões que se relacionam à integralidade do cuidado e ampliação do escopo de ações da Estratégia Saúde da Família (ESF). A Saúde Mental (SM) surge no NASF por meio da inserção de profissionais deste campo, já que em sua estruturação normativa e organizativa, apesar do trabalho ser eminentemente em equipe e interdisciplinar, são algumas categorias profissionais as responsáveis por conduzir tais linhas de cuidado. Ao percorrer criticamente o percurso da política de saúde, focando a ESF, pensamos o NASF como um dos espaços em que a prática profissional pareceu estratégica para as reflexões que quisemos produzir nesta pesquisa. Assim, tivemos como objetivo investigar as ações em SM que se evidenciam na prática dos profissionais do NASF na ESF do município de Fortaleza, Ceará - Brasil. Utilizamos, para isso, no âmbito da pesquisa qualitativa em saúde, a proposta de triangulação metodológica, através dos Fluxogramas Analisadores (FA), Grupos Focais (GF) e Observações Livres (OL), com o objetivo de combinar as técnicas de construção das informações em torno do objeto de pesquisa, pois esta nos forneceu a possibilidade de realizar a investigação explorando diferentes visões e procedimentos, dando-nos mais estabilidade e rigor na aproximação com o objeto. Através da filiação teórico-metodológica à Hermenêutica-Dialética, cujo enfoque paradigmático diz respeito à postura crítica-compreensiva, apresentamos uma construção de dados qualitativos em que os eixos de análise, Práticas de SM na APS, Processo de Trabalho no NASF e o “Inédito” e o “Viável” em SM na ESF, dialogaram com o aparato histórico e conceitual apresentado nos referenciais teóricos da pesquisa. A problemática criada entre o inédito e o viável no âmbito da SM no NASF quis dizer que, diante das práticas desenvolvidas - por vezes entendidas como novas -, modelos de atuação/atenção sistematizados no cotidiano e organização do processo de trabalho nas equipes NASF, em interação com as equipes de referência, o viável - o que “é caso” e o que “não é caso” do NASF - é decidido diante dos marcadores contextuais de cada arranjo assistencial. Trabalhos futuros podem complementar os resultados encontrados, sobretudo no tocante à necessidade de complementação do olhar das equipes de referência sobre as práticas em saúde. Entretanto, pesquisar a prática profissional em saúde mental na ESF, “nesses casos de NASF”, foi instrumento promotor de reflexão para a formação de novos profissionais, além de ter servido de fomento a postura (auto) crítica sobre prática, ou *práxis*, dos atuais trabalhadores do campo e, principalmente, um dispositivo de avaliação da qualidade da assistência, tão importante para as políticas que preconizam o olhar às singularidades, como a ESF, para o Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Programa Saúde da Família. Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Prática Profissional.

ABSTRACT

The Support Nuclei for Family Health (SNFH) born within the Primary Health Care (PHC), as a resolution attempt, especially towards the issues that relate to the integrality of care and the broadening of the scope of actions of the Family Health Strategy (FHS). The Mental Health (MH) arises in SNFH by insertion of professionals from this field, since in their structuring and organizational rules, despite working in a team and be highly interdisciplinary, some professions are responsible for conducting such care lines. By critically scrolling through the route of health policy, focusing on the FHS, we think the SNFH as one of the places where the professional practice seemed strategic to the reflections that we wanted to produce in this research. Thus, we aimed to investigate the MH actions that are evident in professional practice in the SNFH at the FHS in Fortaleza, Ceará - Brazil. We used to do so within the qualitative health research, the proposal of the methodological triangulation, through Flowcharts Analyzers (FA) Focus Groups (FG) and Free Observations (FO), with the goal of combining the techniques of construction information around the research object because this gave us the opportunity to develop the research exploring different views and procedures, giving us more stability and rigor in approaching the object. Through theoretical and methodological affiliation to Hermeneutic-Dialectic, whose paradigmatic approach concerns the comprehensive critical posture, we present a construction of qualitative data in the lines of analysis, MH Practices in the PHC, Work Process in SNFH and "Unpublished" and "Viable" in SM in the FHS, which dialogued with the historical and conceptual apparatus presented in theoretical researches. The problematic created between the unpublished and the viable within the MH in SNFH meant that, given the practices developed - sometimes understood as new - performance/attention models systematized in daily life and organization of the work process in teams SNFH, interacting with teams of reference, the viable - which "is the case" and "not the case" to the SNFH - is decided before the contextual markers of each care arrangement. Future studies may complement the results, especially regarding the need to complement the gaze of the reference teams on health practices. However, researching professional practice in mental health in the FHS, "in these SNFH cases", was an instrument to promote reflection for training new professionals, and has served to foster the attitude of (self-) criticism towards the practice, or praxis, of the current field workers, and especially a device for evaluating the quality of care, so important to advocate policies that look for differences, as the FHS, for the Unified Health System

Keywords: Primary Health Care. Family health program. Metal Health. Psychiatric Reform. Professional Practice.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição quantitativa das equipes de saúde da família, por Secretaria Executiva Regional, antes e depois da convocação dos concursados em 2006.....	64
Tabela 2 – Número de profissionais de acordo com as convocações por Categoria Profissional.....	64
Tabela 3 – Distribuição do número de equipes da ESF e EACS por Secretaria Executiva Regional em dezembro de 2010.....	65
Tabela 4 – Evolução da expansão da Estratégia Saúde da Família no município de Fortaleza em série histórica: 1998 – 2007.....	66
Tabela 5 – Distribuição do Número de Equipes e Profissionais do NASF por Secretaria Executiva Regional em Fortaleza – 2011.....	67
Tabela 6 – Número de Atividades realizadas pelas Equipes do NASF em Fortaleza - 2010...68	
Tabela 7 – Distribuição de equipamentos de base comunitária segundo as regiões de Fortaleza – 2011.....	69
Tabela 8 – Características demográficas e assistenciais das SER I, V e VI na SM e ESF de Fortaleza - 2011.....	74
Tabela 9 – Distribuição dos profissionais participantes segundo sua categoria e Regional em Fortaleza – 2011.....	75

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Evolução do número de Núcleos de Apoio à Saúde da Família implantados. Brasil - 2008 – Dezembro/2011.....	27
Figura 2 – Evolução do número de Núcleos de Apoio à Saúde da Família implantados. CEARÁ – 2008. DEZEMBRO/2011.....	27
Figura 3 – Evolução do número de Núcleos de Apoio à Saúde da Família implantados. Ceará. Dezembro/2011.....	28
Figura 4 – Tipologia de práticas de SM na APS.....	59
Figura 5 – Divisão das Secretarias Executivas Regionais no município de Fortaleza.....	63
Figura 6 – Número de Atendimentos realizados pelas Equipes ESF e EACS nas Áreas Estratégicas em Fortaleza.....	66
Figura 7 – Representação gráfica da Triangulação Metodológica.....	77
Figura 8 – Símbolos utilizados na confecção do Fluxograma Analisador.....	78
Figura 9 – Fluxograma Analisador do Grupo de Profissionais I.....	95
Figura 10 – Fluxograma Analisador do Grupo de Profissionais II.....	99
Figura 11 – Fluxograma Analisador do Grupo de Profissionais III.....	104
Quadro 1 – Roteiro utilizado nas sessões dos Grupos Focais da pesquisa “NASF e a ESF: Saúde Mental na APS?” em Fortaleza – 2011.....	83
Quadro 2 – Eixos de Análise e suas respectivas categorias de análise.....	90

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AM	Apoio Matricial
ACS	Agente comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CSF	Centros de Saúde da Família
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
ERSF	Equipes de Saúde da Família
FA	Fluxograma Analisador
GF	Grupo Focal
HSMM	Hospital de Saúde Mental de Messejana
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio Saúde da Família
OL	Observação Livre
ONG	Organização não governamental
PNH	Política Nacional de Humanização
PRMSFC	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade
SCNES	Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde
SER	Secretaria Executiva Regional
SERCEFOPR	Secretaria Executiva Regional do Centro de Fortaleza
SMS	Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza
SMSE	Sistema Municipal de Saúde Escola
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SISNEP	Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa
SM	Saúde Mental
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Terapia Comunitária
TO	Terapeuta Ocupacional

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFC Universidade Federal do Ceará

UFPE Universidade Federal de Pernambuco

UNIFOR Universidade de Fortaleza

SUMÁRIO

PRIMEIRAS PALAVRAS.....	15
INTRODUÇÃO.....	20
Parte I.....	36
1 DA DOENÇA À SAÚDE MENTAL, DA REFORMA À APS: HISTÓRIAS DE LOUCURAS E TENSÕES DE POLÍTICAS, SABERES E PRÁTICAS.....	37
2 DOS MODELOS PSICOSSOCIAIS ÀS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL NA APS: UMA LEITURA SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....	48
Parte II.....	61
3 FORTALEZA: UMA CIDADE COM SAÚDE MENTAL NA APS?.....	62
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	71
Parte III.....	88
5 FLUXOGRAMA ANALISADOR COMO PROCESSO DE AUTOANÁLISE DO CUIDADO EM SAÚDE NA ESF.....	92
5.1 Fluxos da Atenção na ESF.....	94
5.2 “Organização do cuidado no NASF”.....	108
5.3 Cuidado em questão: autoanálise disparada pelo Fluxograma Analisador..	116
6 DA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NA ESF ÀS PRÁTICAS DE SM: O INÉDITO E O VIÁVEL EM SM NA APS.....	122
6.1 “Arranjos organizacionais de SM”: Uma reinvenção cotidiana do processo de trabalho.....	122
6.2 O inédito e o viável em SM no NASF.....	132

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	138
REFERÊNCIAS.....	142
APÊNDICE.....	150
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	151
ANEXO.....	152
Parecer Consubstanciado.....	153

PRIMEIRAS PALAVRAS

*A principal tarefa do historiador não é julgar,
mas compreender [...] De toda forma,
não é provável que uma pessoa que tenha
vivido este século extraordinário
se abstenha de julgar. O difícil é compreender.*
Eric Hobsbawn

Minhas primeiras indagações sobre a formação na psicologia me atravessaram desde o início da graduação e foram motivadas, diante de minhas percepções sobre determinados modos convencionais de estruturar currículos e sobre a intenção desses currículos em formar os psicólogos para um dado tipo de atuação, por um sentimento crítico sobre a produção social do saber.

O acesso, no início da graduação, a autores que colocavam em questão o próprio lugar da Psicologia como ciência revelou-me diversos aspectos inerentes à profissão que, desde então, deixaram-me atento para me posicionar criticamente. Os primeiros passos na formação em Psicologia marcaram um caminho que, nas constantes autoavaliações, pude constatar, tornaram a formação indissociavelmente marcada pela presença das políticas públicas.

Nos caminhos formativos, veio a inserção em Grupos de Estudo sobre Saúde Mental e, a partir da indignação com a “loucura asilada”, a inserção na Luta Antimanicomial. Inserido no movimento estudantil, a compreensão sobre o que estava às voltas na luta em um movimento social que tematizava a loucura: luta pelos Direitos Humanos e modos menos institucionalizantes de vida.

Foi pela “porta da Saúde Mental” que aprendi a indagar, problematizar e questionar. Até aquilo que se dizia “Normal” passou a ser desconstruído, colocado em dúvida, reconstruído. E, por esta “porta”, descobri a concepção de saúde que ultrapassa os Hospitais, que supera a concepção de cura de doenças e se estabelece como direito de todos os brasileiros e dever do Estado (BRASIL, 2006a). Descobri que a Saúde se constrói também através de políticas públicas, se faz por práticas profissionais conectados com ideais em disputa cotidianamente, produz-se pela ética e mesmo com a desconstrução e reconstrução ideológica dos sujeitos implicado com a realidade.

Já graduado, a necessidade de continuar produzindo conhecimentos, reconstruindo práticas e (re)significando a atuação psicológica continuou, e a vivência com a atuação comunitária passou a ser central na minha atuação/formação. Nesse momento, através de concurso no município de Recife (minha terra natal e de minha formação), exerci o papel de

cuidador em Residência Terapêutica – função técnica em que o profissional tem por objetivo construir um cotidiano reabilitador para moradores de um lar em que todos são egressos de hospital psiquiátrico – na Rede de Saúde Mental.

O entrelace entre a prática de forte viés comunitário, produzida através das práticas orientadas pela Reabilitação Psicossocial quando exerci tal papel, com a atuação segundo o horizonte desinstitucionalizante, proposto pela organização dos Serviços Residenciais Terapêuticos da cidade, criou o momento propício, ou melhor dizendo, as dúvidas necessárias para a inserção na Atenção Primária a Saúde (APS).

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (PRMSFC) do Sistema Municipal de Saúde Escola (SMSE), da Secretaria de Saúde de Fortaleza (em convênio com a Universidade Estadual do Ceará – UECE), em 2009, surgiu como uma possibilidade de construção de intervenção com um processo paralelo de formação. A marca principal do PRMSFC era, ao mesmo tempo em que constituía uma possibilidade de aprofundamento teórico através de uma pós-graduação do tipo *latu-sensu*, estabelecer um conjunto de situações de ensino-aprendizagem cujo cenário dos processos pedagógicos fosse a própria inserção no serviço.

Na residência, lidamos com a complexidade da vida real, que exige do profissional nova postura diante do outro. Ao seguir os princípios das práticas que priorizam a integralidade (MERHY, 1998), a tentativa é construir um conjunto de práticas em que se supere a finalidade da intervenção em saúde como a supressão de doenças. O eixo norteador da prática na residência conectou-se com as diretrizes do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), que em seu bojo objetivaram ampliar as ações de saúde através da inserção de novas categorias profissionais, buscando efetivar a integralidade nos serviços da APS (BRASIL, 2008a).

O NASF, nesse momento, entrou na minha atuação profissional como escolha que a especialização da residência me proporcionou, mas logo se transformou em perguntas – aquelas perguntas que querem saber o fazer. Em 2011, com o fim da especialização em serviço e já atuando como preceptor do mesmo Programa a possibilidade do Mestrado atualizou o espírito inquieto com a Saúde Mental, agora já mais claro: Saúde Mental na Atenção Primária.

Com esse percurso, pude perceber que a prática do profissional em saúde mental pode auxiliar a reconstrução da concepção de Saúde não somente “ampliada”, mas eticamente conectada aos problemas reais e concretos da população assistida. Entretanto, para que tal ação seja implicada com perspectiva de formação de profissionais para o SUS com uma visão

ampliada de saúde, é necessário produzir reflexão crítica, protagonismo profissional, autonomia e espaço dialógico de construção de saberes. É com essas premissas ético-políticas que me proponho a produzir, nas linhas a seguir, uma reflexão crítica, mas inevitavelmente parcial.

Nessa pesquisa, impulsionaram-me algumas perguntas iniciais: Quais as práticas em Saúde Mental promovidas pelo NASF no bojo da Estratégia Saúde da Família? A Estratégia Saúde da Família é capaz de promover a imersão de práticas que se conectam com esse novo marco ético-político preconizado pela reforma na assistência em Saúde Mental?

A inserção na Residência e o papel de preceptor que atualmente exerço no mesmo programa têm me mostrado que o NASF requer a superação de alguns desafios ainda basilares. Com a experiência empírica já podemos apontar alguns deles: a inserção no cotidiano das equipes de referência em Saúde da Família (ERSF); a dificuldade de entendimento efetivo sobre a proposta por parte dos próprios profissionais do NASF, assim como por parte das ERSF (médicos, enfermeiros, odontólogos, ACS, etc.); a estruturação dos Centros de Saúde para a recepção desses “multiprofissionais” (como são denominados no cotidiano dos Centros de Saúde de Fortaleza), já que não há salas, materiais e insumos suficientes nem mesmo para as equipes mínimas.

Se a reforma ao modelo assistencial em Saúde Mental coloca o território como central no processo de saúde-doença-cuidado, a ESF é levada à categoria estratégica para a Saúde Mental na APS. Neste sentido, A magnitude epidemiológica dos transtornos mentais releva a APS como estratégica na ordenação do cuidado aos portadores de sofrimentos psíquicos.

As reflexões e questionamentos realizadas acima sobre as práticas em Saúde Mental promovidas pelo NASF no âmbito da ESF se reatualizam, portanto, já que a inserção no cotidiano da APS me proporcionou essas primeiras leituras. Importam-me essas perguntas, pois me considero sujeito implicado (MERHY, 2004). Implico-me como sujeito da reforma sanitária-psiquiátrica pelo compromisso com o conhecimento que pode produzir formas de resistência e superação das condições de opressão às voltas da população usuária do sistema público de saúde – em sua maioria, pobres e em condição de exploração pelo trabalho, moradores de grandes periferias urbanas.

Entendo que nem teoria nem prática são isentas de interesses, preconceitos e incursões subjetivas (MINAYO, 2010), tampouco de filiações ideológicas e implicação com a realidade. Mesmo a não assunção da implicação, vestida de uma suposta isenção, pressupõe

um determinado compromisso com a realidade e com a produção de conhecimento. Nesta dissertação, minha implicação é declarada, e minha intencionalidade deixada às claras.

A perspectiva qualitativa de pesquisa me direciona no mundo de modo que a compreendo, como anuncia Minayo (2010, p. 22), como “aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais”. As relações e estruturas sociais, logo, estão conectadas com os atos humanos, que ao mesmo tempo são passíveis de significações, são capazes eles mesmos de produzir mudanças e transformações.

Merhy (2004) nos fala da insuficiência da noção de pesquisador interessado, já que, como já está consagrado pelas discussões sobre o ‘fazer ciência’, o pesquisador, além de sujeito epistêmico - portador de teorias e métodos que lhe permitem se debruçar e estudar certos objetos da ciência - , é um sujeito ideológico, um sujeito ‘cultura’. Sou, nas palavras desse autor, além de sujeito interessado, um sujeito implicado, pois, ao mesmo tempo que pesquisador, um pesquisado – profissional pertencente ao próprio campo de pesquisa.

Para a sustentação da coerência dos modos da pesquisa qualitativa, nada menos justo do que ter traçado nas breves linhas acima um caminho pelo qual a pesquisa engendrou-se na minha história de vida. O objetivo é evidenciar como as reflexões atuais, frutos de uma história pessoal e contextual, a partir de campos teóricos e epistemológicos, refinaram e reconstruíram as perguntas de pesquisa, até se tornarem objeto de estudo.

Uma postura teórico-metodológica esteve presente em todo o texto: a Compreensão. Essa não como um simples substantivo, mas como um modo de entender a realidade. A epígrafe com a qual iniciamos essa apresentação relata, nas palavras de Hobsbawn, a missão do historiador compreensivo diante dos fatos do seu tempo. Aqui, julgamos que é possível importar a metáfora ao pesquisador na abordagem qualitativa da pesquisa em saúde. Apesar do convite ao julgamento das práticas dos profissionais, do convite à avaliação do produto da ação e modo de organização do trabalho dos profissionais da ESF, a compreensão não é tarefa menor. Não é um trabalho de fuga a árdua tarefa de exercer olhar crítico ao contexto das ações. Mas também não é uma apologia a um infinito relativismo que apresenta o risco de não apontar pontos nodais que podem produzir retrocessos em processos de trabalhos e dimensões (micro e macro) políticas que influenciam cotidianamente o trabalho. A compreensão parece um caminho em que, ao mesmo tempo se lança mão da capacidade de uma pesquisa de poder desvelar fenômenos, longe da audácia profética da verdade científica, ao mesmo tempo, também, se exerce a crítica, assumindo-se um lugar diante do objeto estudado, afastando o mito do saber asséptico e neutro.

Do que trata, então, esse texto dissertativo? Um apanhado de leituras contextuais, com tentativas de conduzir o leitor a uma pergunta de pesquisa com o objeto de estudo claro e, por consequência, com descrições e discussões a respeito do campo de pesquisa, mas, sobretudo, este trabalho é uma tentativa de produzir novas reflexões sobre o campo da Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde. Diante do papel inovador e estratégico depositado no NASF, a pesquisa é uma tentativa de conhecer, de forma implicada, as diversas possibilidades que emergem das práticas.

INTRODUÇÃO

A história da organização de serviços e assistência à saúde orientados pela Atenção Primária à Saúde (APS) é marcada por uma trajetória de sucessivas reconstruções até se consolidar como uma política de reforma, uma alternativa diante da permanente crise dos sistemas de saúde contemporâneos (CONILL, 2008; MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009).

Longe de ser uma história linear, o estado da política de saúde é marcada por contradições, como lembram Lana e Gomes (2006): o processo de reforma sanitária foi permeado pela luta dos interesses hegemônicos, expressos pela corrente neoliberal, e os interesses dos trabalhadores e profissionais de saúde voltados para a construção de uma contra-hegemonia. A implantação do SUS se deu, portanto, sob intensa contradição entre o avanço formal jurídico institucional e as dificuldades da realidade econômica concreta (MALFITANO; LOPES, 2003).

É neste contexto que surge, em diversos municípios no Brasil, uma série de experiências e propostas que tinha como intuito a modificação dos modelos técnico-assistenciais, em busca de superar o modelo “inampiano” herdado ao longo da história do nosso país (ANDRADE; BARRETO; FONSECA, 2006, p. 800). O modelo assistencial proposto pelo Movimento de Reforma Sanitária priorizava, nesse sentido, o fortalecimento da APS e buscava estratégias para a descentralização e universalização das ações em saúde.

Da APS a ESF: algumas influências e os (des)caminhos para expansão

A literatura indica que há uma confluência de um conjunto de fatores que podem explicar a emergência do denominado, até final da década de 90, Programa Saúde da Família (PSF) no atual estágio de desenvolvimento da APS brasileira: a experiência bem sucedida das ações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no Nordeste, o vazio programático para a questão assistencial no SUS e os atrativos políticos que um programa desta ordem poderia representar, mesmo para um governo de cunho neoliberal (CONILL, 2008).

O Ceará ocupou papel estratégico na formulação de políticas de atenção primária no país. A experiência dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ainda na década de 80, nos primórdios do SUS, ocupa o lugar de uma experiência exitosa que serviu de exemplo para outras experiências de gerenciamento de APS em nível local. Tamanho o destaque, algumas

linhas abaixo podem servir para descrever uma das experiências encenadas no Ceará: a emergência dos Agentes Comunitários.

Carlile Lavor, médico sanitário, e Míria Lavor, assistente social, desenvolveram um trabalho pioneiro de educação sanitária no município de Jucás, região centro-sul do estado do Ceará. As mortes de gestantes, puérperas e crianças eram rotina no sertão cearense, quadro agravado em virtude das intensas secas que arrasavam a vida no interior do estado. As discussões em nível internacional em torno das concepções da atenção primária à saúde apontavam que a solução de muitos problemas de saúde se dava no âmbito familiar e comunitário em uma perspectiva de promoção da saúde e de construção de autonomia dos usuários. Carlile Lavor cria em seu município um programa que visava “salvar vidas de crianças, gestantes, puérperas por meio de ações básicas de orientação de saúde, higiene e alimentação” (BARBOSA, 2007). Esta, então, foi a iniciativa embrionária do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), cujo objetivo era criar elos de diálogo entre os serviços de saúde e a comunidade, invertendo a lógica da atenção à saúde e criando laços de solidariedade comunitária em busca da construção de níveis de saúde mais elevados. O Programa foi reconhecido em nível internacional e implementado como Política Nacional.

A gestão da ESF se dá através de programas setoriais e localizados de saúde adotados por alguns municípios brasileiros no esforço empreendido no sentido de superar o modelo hegemônico médico-assistencial e campanhista. De acordo com Andrade, Barreto e Martins Junior (2002), estas discussões situavam-se no eixo discursivo da Reforma Sanitária Brasileira, que tinha como principais expressões os modelos: “Em defesa da vida”; “Ação Programática”; “Sistemas Locais de Saúde (SILOS)”. O último modelo foi a proposta mais discutida nacionalmente e operacionalizada no Ceará, principalmente nos municípios de Quixadá, Beberibe e Iguatu (ANDRADE; BARRETO; MARTINS JUNIOR, 2002), que no ano de 1994 já tinham implementado as primeiras equipes do Programa de Saúde da Família (PSF).

Em virtude dos êxitos logrados nessas experiências, em 1994 o Ministério da Saúde transforma o PSF em uma política nacional e o eleva à categoria de Estratégia - a Estratégia Saúde da Família (ESF) – com valor legal em âmbito nacional com a publicação da Portaria 648/GM de 28 de março de 2006. A ESF é apresentada como uma proposta de reordenamento da rede assistencial à saúde visando à concretização dos princípios e diretrizes do SUS, principalmente a universalização do acesso e a descentralização da gestão dos serviços e ações de saúde, operacionalizada através da municipalização e da regionalização da saúde.

Segundo Andrade, Barreto e Bezerra (2008), a ESF não foi implantada somente para organizar a APS no SUS temporariamente, mas, em suas palavras,

[...] essencialmente para estruturar esse sistema público de saúde uma vez que houve um redirecionamento das prioridades de atenção à saúde, reafirmação de uma nova filosofia de atenção à saúde e consolidação dos princípios organizativos do SUS (p. 802-803).

Nesse sentido, a implementação da ESF no Brasil assumiu como princípios gerais: atuar em caráter substitutivo, e não complementar, em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família estão inseridas; atuar segundo uma lógica de responsabilidade sanitária territorial, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira planejada e construída com a comunidade onde atua ou adscrita, conforme o termo normativo, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, de modo pró-ativo frente às situações comprometedoras do processo saúde-doença da população (BRASIL, 2006a).

Além disso, a ESF deve desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional, tendo como foco a família e a comunidade; buscar a integração com instituições e organizações sociais ou populares, governamentais ou não, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e ser um espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2006a).

A ESF, na prática assistencial, operacionaliza-se por meio de equipes multiprofissionais, composta por profissionais com nível de graduação como médico, enfermeiro e cirurgião-dentista (última categoria a adentrar a estratégia), e profissionais com escolaridade de nível médio, como auxiliar e técnico de enfermagem, além dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Cada equipe, lotada em um Centro de Saúde da Família (CSF), é responsável sanitariamente por uma população adscrita que varia entre 3.000 e 4.000 habitantes (BRASIL, 2011). Mais de uma equipe, destaca-se, pode compartilhar o espaço de um CSF.

Para cada ACS, segundo as diretrizes da Nova Política Nacional de Atenção Básica, recomenda-se a responsabilidade de acompanhamento de, no máximo, 750 habitantes (BRASIL, 2011). Assim, cada equipe comporta um número tal de ACS que comporte o número de famílias do dado território de abrangência de uma CSF. Cada equipe, assim, tem o compromisso sanitário de acompanhamento das famílias da área de abrangência e de toda sua necessidade de saúde.

Inseridas nas comunidades e no movimento diário das populações, as equipes de Saúde da Família têm uma aproximação singular com a realidade local, e assim podem focalizar suas ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos, consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido (ANDRADE; BARRETO, BEZERRA, 2008). Essas ações podem ser realizadas não só nos CSF, mas nos domicílios e comunidades, de forma individual, familiar ou coletiva, contextualizadas com a realidade da população vinculada (FROTA, 2009).

A expressão da expansão da ESF no Brasil, entretanto, não se deu apenas pela proposta da reorganização do modelo assistencial, ou pela necessidade de fortalecimento da APS. A literatura tem apontado ao menos dois fatores preponderantes para adoção da ESF nos municípios: 1 - a mudança do modo de financiamento da Saúde, incentivando o aumento do volume de recursos destinados à ESF, bem como o aprimoramento dos mecanismos de repasse que funcionavam por meio de convênio, inicialmente entre estados e Ministério da Saúde, depois diretamente entre municípios e Ministério da Saúde por meio dos Fundos de Saúde e da implantação do Piso da Atenção Básica (PAB), fortalece a adesão da ESF pela captação de recursos (BRASIL, 2003); 2 - Ao longo dos anos de implementação nos municípios que adotavam a ESF, impactos relevantes em importantes indicadores de saúde, como, por exemplo, a redução da mortalidade materna e infantil, ampliação da cobertura vacinal, ampliação do acompanhamento pré-natal e controle da hipertensão arterial, têm fortalecido a expansão da cobertura da ESF pela mudança do perfil epidemiológico produzido pelo modelo assistencial (BRASIL, 2006b).

Da ESF “programática” ao NASF: proposta de integralidade e ampliação do cuidado

A priorização de áreas estratégicas de intervenção mínima (controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão, controle do diabetes mellitus, ações de saúde bucal, ações de saúde da criança e ações de saúde da mulher), no entanto, tem colocado as ERSF em suas atividades de prevenção, controle e eliminação dos principais agravos, quase que na exclusividade na atenção e na organização dos processos de trabalho. Isso quer dizer que através dos programas estratégicos as ERSF focam a sua agenda de ação na ‘demanda organizada’ e, nesse processo, reduzem o seu *locus* de atenção, que deveria ser a promoção e cuidado da saúde do território, para a atenção aos agravos prioritários definidos pelo Ministério da Saúde.

No que se refere à expansão da Saúde da Família, Favoreto e Camargo Jr (2002) afirmam que tem sido predominante uma estratégia de extensão de cobertura assistencial, o que vem determinando um formato técnico e operacional para as equipes de PSF e para os sistemas municipais e regionais, caracterizado pela introdução de ações focalizadoras. O que os autores alertam é que “o caminho percorrido pela implantação do PSF, apesar das intenções em contrário, ainda tem sido marcada pela introdução de uma prática de medicina simplificada e dirigida às regiões e grupos sociais e situação e exclusão social e sanitária” (p. 62).

Franco e Merhy (2011), por outro lado, apontam um caráter prescritivo na política que inaugura a ESF. Afirmam os autores que a ESF, mesmo se colocando no cenário das políticas de saúde como indutora de um modelo substitutivo à atenção básica tradicional, coloca em cena o “trabalho morto” desde sua organização. A análise é possível pela constatação de que a política reafirma, em sua diretividade, os núcleos de competência e tarefas das equipes, sem contribuir para o fomento do trabalho em equipe.

Sobre esse mesmo tema, Favoreto e Camargo Jr. (2002) anunciam que aqueles que planejam e gerenciam os serviços de saúde da família esperam que o profissional reproduza tecnicamente as práticas assistenciais, cientificamente comprovadas, legitimadas e quantificáveis pelo saber biomédico e, ao mesmo tempo, esperam e valorizam a geração espontânea de um comportamento mais “humano” ao lidar com o pacientes.

Em resposta a essa questão, Franco e Merhy (2011) sugerem que há ainda de se desenvolver os “campos de competência” ou “campos de cuidado” como possibilidade de cada profissional usar todo seu potencial criativo e criador na relação com o usuário, para juntos realizarem práticas de cuidado. Em outras palavras, espera-se que a construção de práticas que foquem a produção de cuidado e suas respectivas tecnologia leves, ou, em outras palavras, tecnologias relacionais e humanas (MERHY, 1998), possa ser o guia nas estratégias de atuação em equipe e isso, no entanto, não é capaz de ser produzido na normatividade da ESF, impossibilitando o efetivo trabalho em equipe.

Os autores afirmam

O aprisionamento de cada um em seu ‘núcleo específico’ de saberes e práticas, aprisiona o processo de trabalho as estruturas rígidas do conhecimento técnico-estruturado, tornando-o trabalho morto dependente. Ao contrário, o ‘campo de competência’ ou ‘campo do cuidado’, além da interação, abre a possibilidade de cada um usar todo seu potencial criativo e criador na relação com o usuário, para juntos realizarem a produção do cuidado. (FRANCO; MERHY, 2011, s/p).

A ESF se coloca no cenário político e das práticas em saúde, portanto, como proponente de uma mudança de modelo assistencial, apesar dos desafios ainda a se resolver, como apontamos. O NASF nasce como tentativa de resolução, sobretudo, das questões que se relacionam à integralidade do cuidado e ampliação do escopo de ações da ESF. Entretanto, é possível, ao estender as críticas à ESF, problematizarmos se efetivamente o NASF pode produzir novos modos de cuidado diante de um campo ainda prescritivo na ESF. É possível que as equipes de apoio instaurem a interdisciplinaridade nas práticas de saúde e desafiem os “núcleos de competência” tão rígidos nas profissões?

A partir de alguns desses questionamentos e tensionamentos produzidos na busca por uma APS efetiva, e com base em experiências de trabalho na lógica multiprofissional de equipes ampliadas na ESF, surge à proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de ampliar a capacidade resolutiva das ações das equipes de saúde da família através da inserção de novas categorias profissionais, efetivando a integralidade nos serviços de saúde.

A estratégia NASF deve, na prática, em sua inserção da ESF, ser construída por equipes multiprofissionais, entre cinco e sete profissionais de categorias distintas, as quais terão como foco que as ações das Equipes de Saúde da Família sejam ampliadas em abrangência e diversidade, além de resolutivas e territorializadas. Entretanto, as equipes NASF não são consideradas “portas de entrada do sistema”, mas seguem a lógica de responsabilização compartilhada entre as equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2010a).

Em outras palavras, a equipe de apoio (equipe NASF) deve prever uma revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no fortalecimento dos seus atributos e papel de coordenação do cuidado no SUS.

As profissões que podem compor as equipes dentro do limite de profissionais descrito acima, segundo a Portaria 124/2008, são: Médico Acupunturista, Assistente Social, Professor de Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Ginecologista, Médico Homeopata, Nutricionista, Médico Pediatra, Psicólogo, Médico Psiquiatra e Terapeuta Ocupacional. A partir da nova PNAB (BRASIL, 2011), as profissões inseridas foram: Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte-educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na

área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

O atual marco regulatório do NASF também propõe que as equipes de NASF, além de atuar de maneira integrada com as Equipes de Saúde da Família (ERSF), devem também apoiar os profissionais das Equipes de Atenção Primária para populações específicas, como as equipes de consultórios na rua¹, equipes ribeirinhas e fluviais (no caso do interior do país) e academia da saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes (BRASIL, 2011).

Cada equipe NASF deve realizar suas atividades vinculadas a no mínimo oito e no máximo quinze equipes de Saúde da Família, exceto para aqueles NASF em municípios com menos de 100.000 habitantes, em que se apoiará entre três e sete equipes. A primeira modalidade de NASF se denomina “NASF 1”, enquanto a segunda, “NASF 2”.

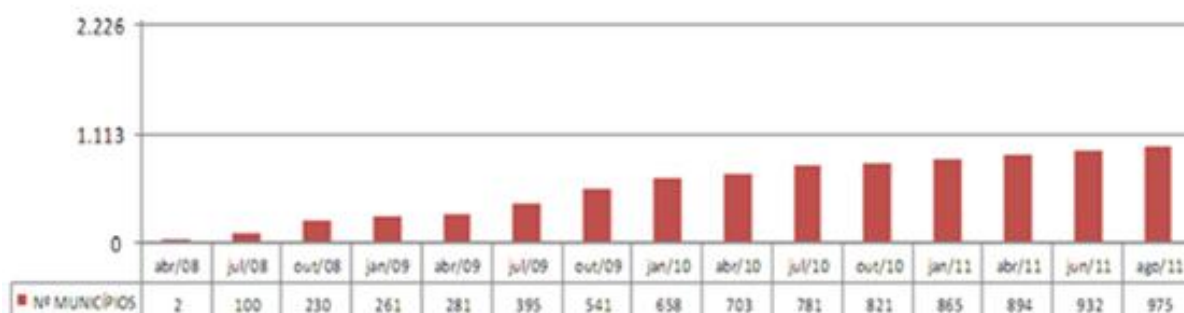
A composição de cada um dos NASF é definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados na PNAB a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas. Os NASF 1 e 2, portanto, devem funcionar em horário de trabalho coincidente com o das ERSF e/ou equipes de atenção básica para populações específicas que apoiam.

A modalidade “NASF 3”, que existira na legislação de 2010, já não existe mais, já que se dedicava exclusivamente à população em demanda de atenção a álcool e outras drogas, o que delegava uma modalidade específica de NASF para a demanda de Saúde Mental. A diretriz normativa, entretanto, atualizada em 2011 com a portaria vigente, elimina essa modalidade NASF segundo a demanda da população atendida e passa a ter como balizador da tipificação do NASF (se 1 ou 2) segundo o quantitativo da população do município. Dito em outras palavras, a modalidade “NASF 1” ou “NASF 2” é definida segundo a população municipal, independente do tipo de “clientela atendida”.

Apesar de recente, desde 2008, a evolução da implementação das equipes dos NASF é crescente e, atualmente, estão presentes em 975 municípios (Figura 1).

¹ Apesar de não ser objeto de análise da dissertação, salientamos que tais novas atribuições estão dispostas em nova PNAB e explicitadas em Portarias específicas publicadas posteriormente à política de atenção básica, através da Portaria 122 e 123 de 25 de janeiro de 2012. Em nota técnica conjunta da Diretoria de Atenção Básica e Coordenação de Saúde Mental do MS, é atribuída à Atenção Básica o papel de articulador dos consultórios na rua, antes a cargo da Saúde Mental.

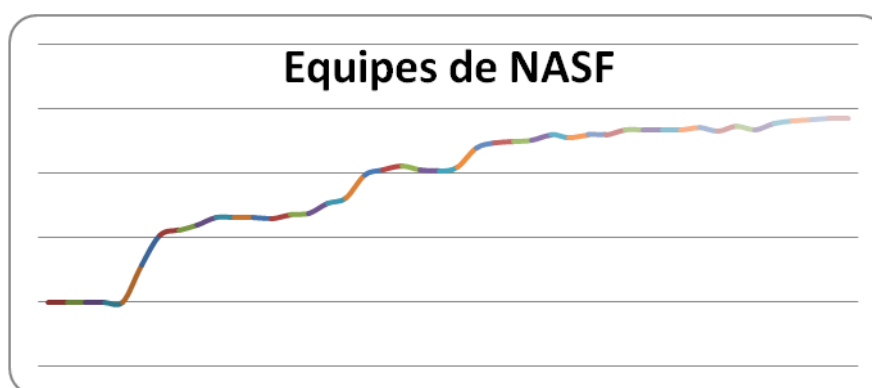
Figura 1 - Evolução do número de Núcleos de Apoio à Saúde da Família implantados. BRASIL - 2008 – DEZEMBRO/2011.



Fonte: SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

A implantação dos Núcleos no estado do Ceará teve início em junho de 2008 em 29 municípios, entre os quais podemos destacar Juazeiro do Norte, com a implantação de 7 equipes de NASF 1; Maranguape e Morada Nova, com a implantação de 2 equipes de NASF 1; e Tauá, com a implantação da primeira equipe de NASF 2.

Figura 2 – Evolução do número de Núcleos de Apoio à Saúde da Família implantados. CEARÁ – 2008. DEZEMBRO/2011.

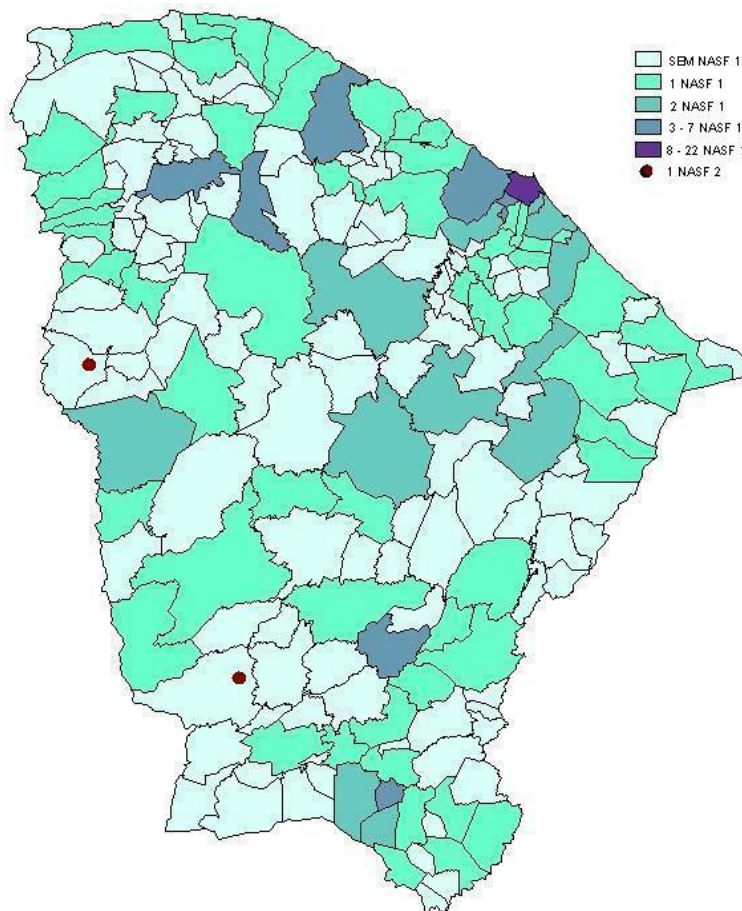


Fonte: SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Atualmente, o estado do Ceará possui 1852 Equipes de Saúde da Família e conta com 146 equipes de NASF, sendo: 143 equipes de NASF 1 e três equipes de NASF 2, estando presente em 137 municípios do estado.

Podemos perceber a espacialização destas equipes no estado através da figura a seguir:

Figura 3 – Evolução do número de Núcleos de Apoio à Saúde da Família implantados. CEARÁ. DEZEMBRO/2011.



Fonte: SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Torna-se importante destacar que a quantidade de equipes de NASF é variável, pois desde a portaria 154/ 2008 (primeira regulamentação do NASF) já se previa a suspensão dos recursos destinados para os Núcleos nas seguintes situações: inexistência de unidade de saúde cadastrada para o trabalho das equipes e/ou; ausência de qualquer um dos profissionais da equipe por período superior a 90 (noventa) dias, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica e/ou; descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais dos NASF e/ou; inexistência do número mínimo de ERSF vinculadas ao NASF, sendo consideradas para esse fim as ERSF completas e as incompletas por período de até 90 dias (BRASIL, 2008a).

Com base nos apontamentos normativos que regulamentam o NASF, podemos perceber a ênfase na integração entre as equipes de NASF e as ERSF, marcando a necessidade de uma atuação compartilhada e interdisciplinar. Os processos de trabalho de ambas as equipes devem ser construídos em conjunto seguindo os critérios e as ferramentas

estabelecidas para atuação e nesses processos e construção de ferramentas residem os desafios da prática cotidiano do NASF.

Nepomuceno (2009, p. 53) indica que o profissional de apoio, no NASF, deve ter atenção em sua prática cotidiana às diversas dimensões do cuidado, conforme segue descrito por ele:

[...] em uma dimensão, deve fortalecer os processos de ampliação de saberes e fazeres dos profissionais das equipes mínimas, que estão nas micro-áreas, para que sejam cada vez mais resolutivos. E, em outra dimensão, deve trabalhar diretamente junto aos usuários dos serviços da ESF, já que há a necessidade fundamental da presença dessas novas categorias profissionais, em diversos cenários de atuação.

Portanto, não só em apoiar “à distância” está o desafio do profissional do NASF, mas em efetivar uma atuação resolutiva, também direta com os usuários assistidos pelas equipes mínimas, mesmo diante da ressalva de não ser o NASF a via de acesso direta à população com agenda aberta a ela.

Um dos desafios colocados diz respeito à capacidade de desenvolver a almejada atenção integral, requisito da ESF, atualizada como meta do NASF. O próprio Caderno de Diretrizes lançado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008a) afirma ser a integralidade como a possível principal diretriz a ser praticada. O documento vai além ao expandir em três sentidos a integralidade na ação cotidiana dos núcleos: 1 - a abordagem integral do indivíduo, levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal; 2 - as “práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; e 3 - integralidade como a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população” (BRASIL, 2008a, p. 16).

Segundo as diretrizes do NASF, o processo de trabalho dessas equipes de apoio deve ter dois focos: a população, no que diz respeito à assistência, produção de cuidado, atenção a modos resolutivos de lidar com a demanda; e a equipe de saúde da família, no que diz respeito aos planejamentos, ao auxílio no desenvolvimento de projetos de cuidado ao território, no desenvolvimento da capacidade de realizar gestão compartilhada da clínica, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos e comunitários etc.

NASF: Ações Estratégicas e Saúde Mental?

É proposto no modelo NASF a inserção de linhas de ações estratégicas em que, considerando a composição multiprofissional e a capacidade de uma ou outra profissão ter mais habilidades com uma ou outra demanda com mais propriedade, o núcleo deveria fomentar o desenvolvimento no processo de trabalho das equipes de referência na ESF. Seriam esses Eixos Estratégicos: Saúde da Criança e Adolescente; Saúde da Mulher; Saúde Mental; Serviço Social; Assistência Farmacêutica; Atividade Física/Práticas Corporais; Práticas Integrativas e Complementares; Reabilitação/Saúde Integral da Pessoa Idosa; Alimentação e Nutrição.

No Eixo Estratégico da Saúde Mental, por exemplo, o profissional psicólogo e terapeuta ocupacional (TO) deveria se ocupar de promover estratégias para a organização do processo de trabalho que fomentassem ações nesse âmbito, inseridos no cotidiano na ESF. Como o NASF não é ele mesmo o promotor das ações, mas apoiador de ações de cuidado que ampliem aquelas produzidas pela ERSF, como foco tanto na população quanto na própria ERSF, os profissionais psicólogo e TO deveriam, então, realizar ações que abrissem possibilidades da ampliação do cuidado desenvolvidas pela ERSF também nessa área: SM na APS.

Todas as ações no NASF podem e devem, segundo as atuais diretrizes, ser realizadas de forma multiprofissional, considerando a dimensão interdisciplinar do processo saúde-doença. Entretanto, ações nesses Eixos Estratégicos remetem tradicionalmente a núcleos profissionais ou à ação especializada, que com as ferramentas de atuação interdisciplinares podem ser compartilhadas, mas devem ser fomentadas por categorias profissionais específicas, já que os eixos são sugeridos à divisão por categoria profissional.

Os profissionais inseridos nesse campo de atuação conseguem despertar campos de cuidado na sua prática e ações que se guiam em prol das necessidades reais de saúde de um dado local, rompendo com a lógica disciplinar, corporativa, enrijecida pelos procedimentos técnicos em saúde?

Se ao NASF compete desenvolver linhas de cuidado conectadas ao território, apoiando as equipes mínimas de Saúde da Família, ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) – principal dispositivo de cuidado ao paciente com sofrimento psíquico, fruto das lutas da Reforma Psiquiátrica Brasileira, mais à frente discutida – cabe, também, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) “territorializar-se” e coordenar conjuntamente com outros níveis de atenção os cuidados em Saúde Mental.

Os CAPS visam atendimento numa perspectiva psicossocial que procura atender à demanda de cuidados psíquicos de forma que o usuário permaneça em seu meio social, em sua rede comunitária, e que ele construa sua autonomia e possa exigir e reivindicar direitos (VIEIRA FILHO, 1998). Em termos práticos, nesses centros de saúde são oferecidos acolhimento e tratamento às pessoas em crise; atividades terapêuticas (individual e grupos); visitas domiciliares; ações junto às famílias dos pacientes; oficinas de reabilitação; entre outros serviços, de modo que os usuários continuam inseridos no seu contexto familiar, social e cultural.

O desafio, entretanto, de desenvolver linhas de cuidado que ampliam o escopo da ESF, parece ser ainda mais complexo do que os outros desafios citados acima. O NASF aponta como princípio a ampliação da ESF e APS e, assim, coloca em questão o próprio processo de trabalho na ESF. Novas variáveis, desafios e práticas são incorporados com a inserção de outras categorias profissionais na ESF.

A Saúde Mental surge no NASF a partir da inserção de profissionais deste campo, já que em sua estruturação organizativa, apesar do trabalho ser eminentemente em equipe e interdisciplinar, são algumas categorias profissionais as responsáveis por conduzir tais linhas de cuidado, como acima exemplificado. Entretanto, a pertença a essas categorias nem sempre é sinônimo de profissionais habilitados, especializados ou mesmo sensíveis às demandas em Saúde Mental.

As diversas configurações de práticas de SM na APS, as quais no capítulo 2 serão descritas em detalhes, mostraram impasses e avanços. Entretanto, o que é consenso é que na literatura internacional os modelos colaborativos de interconsulta com a interação direta de trabalhadores de saúde mental e saúde da família – como o apoio matricial em saúde mental – têm evidências de resultados efetivos (BOWER; SIBBALD, 2000; BOWER; SIBBALD, 2005 apud TOFOLI; FORTES, 2007).

Tanto a Saúde Mental como a Estratégia Saúde da Família têm apresentado novas modalidades de cuidado do processo de adoecimento, produzindo tecnologias diversas que propiciam um melhor cuidado. Essa é uma preocupação que envolve as pessoas e as relações (HIRDES, 2009). “O processo de trabalho das equipes de Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e destes com a comunidade” afirmam as Diretrizes do NASF (BRASIL, 2008a, p. 10). Está no processo de trabalho a estruturação das práticas na ESF e no cotidiano das práticas estão os modos de cuidado dos profissionais envolvidos na assistência à saúde mental.

Ao buscar as bases teóricas sobre as concepções de processo de trabalho, como realizamos acima, apontamos o trabalho compreendido como uma *práxis*, que expõe a relação homem/mundo em um processo de mútua produção, concluindo com base nisso que o trabalho produz o homem, mesmo que este seja fonte daquele e que, de modo virtual, seja o lugar da criação e o momento da existência e expressão do trabalho vivo em saúde (MERHY, 1998; BARBOZA; FRACOLLI, 2005).

O trabalho em saúde, entretanto, tem uma dinâmica muito peculiar, que faz com que o mesmo esteja sempre em estruturação sobre o que é o padrão de seu produto final. Barboza e Fracolli (2005), sobre pesquisa na ESF, dizem, referenciando-se em Merhy (1998):

Num centro de saúde, diferentemente de uma fábrica, não é possível obter estratégias organizacionais, plenamente competentes, que consigam "capturar" o trabalho vivo. A "captura" total do autogoverno dos trabalhadores, nas práticas de saúde, não só é muito difícil, como impossível, pela natureza tecnológica deste trabalho.

Ao traduzir o debate acima para o campo da pesquisa implicada, Merhy (1998) defende que uma análise das interfaces entre os sujeitos instituídos, seus métodos de ação e o modo como estes se interseccionam permite realizar uma nova compreensão da tecnologia gerencial em saúde, tomando-se como eixo norteador o trabalho vivo em ato.

Esse autor aposta na possibilidade de se constituir tecnologias de gestão do trabalho que permitam identificar ruídos e quebras ocorridos nos processos de trabalho, que sejam fontes potenciais para a abertura de linhas de fuga aos processos de trabalho instituídos. Para esse autor, assim como apontado por pesquisas na ESF (BARBOZA; FRACOLLI, 2005), essas tecnologias de gestão do trabalho consistem no uso de instrumentos analisadores e autoanalíticos, como tecnologias potentes para propiciar avaliações do trabalho desenvolvido nos serviços de saúde.

Um dos instrumentos, e interessar-nos-á nessa pesquisa, é o "fluxograma analisador", que se constitui num instrumento de análise que interroga os "para que", os "que" e os "como" dos processos de trabalho, e ao mesmo tempo revela a maneira de governá-lo (MERHY, 1998; BARBOZA; FRACOLLI, 2005). A ideia de se operar com instrumentos de natureza analítica apoia-se na proposta de que a construção de tecnologias que operem com processos autoanalíticos e autogestores, articulada às finalidades dos serviços de saúde, pode ser instrumento potente na viabilização do SUS e na viabilização da estratégia do PSF.

Um estudo sobre Práticas de Saúde Mental na APS: Caso pra NASF?

Nesse percurso introdutório, realizamos diversos questionamentos e reflexões implicadas com o campo. Ao percorrer criticamente o percurso da política saúde, focando a APS e sua política ordenadora, a ESF, pensamos o NASF como um dos espaços em que a prática profissional parece ser estratégica para as reflexões que quisemos produzir nesta pesquisa. O desafio colocado ao profissional do NASF não é pequeno, haja vista a dimensão da potência estruturadora que tem a APS. A esse trabalho me interessou colocar em questão se a política do NASF favorece, no cotidiano dos processos de trabalho do profissional, possibilidades de criações de espaços de quebra e ruptura com a atuação hegemônica, procedimento-centrada ou prescritiva.

Assim, com os cenários, missões e desafios elencados acima, elaboramos o objetivo geral dessa dissertação nos seguintes termos: **investigar as ações em Saúde Mental (SM) que se evidenciam na prática dos profissionais do NASF na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Fortaleza.**

Deles sucederam objetivos específicos que ajudaram a delinear a investigação sobre as práticas de SM no NASF, foram eles:

- Identificar os processos de trabalho do NASF que revelem as categorias e as práticas profissionais envolvidas no cuidado à Saúde Mental;
- Identificar as redes de cooperação e arranjos organizacionais no que tange à coordenação do cuidado de práticas em SM pelos profissionais do NASF na interação com as ERSF;
- Investigar os mecanismos institucionais (e extra-institucionais) que articulam as equipes NASF e as ERSF no que diz respeito à Saúde Mental;
- Rastrear estratégias inovadoras para articular o cuidado em Saúde Mental desenvolvido pelo NASF em seu trabalho com as ERSF;
- Mapear os principais entraves na articulação entre o NASF e as ERSF para o redirecionamento da assistência.

Para contemplar os objetivos deste estudo, a dissertação foi dividida em III (três) Partes, das quais o Capítulo 1 e 2 compõem a primeira, os Capítulos 3 e 4 a segunda e os Capítulos 5 e 6 a última parte do escrito.

No Capítulo 1 descrevo, através de um resgate histórico, as principais questões às voltas da Reforma Psiquiátrica que influenciaram o setor da Saúde Mental e, após problematizar o aspecto dialético da Reforma Psiquiátrica no que diz respeito à concepção sobre o próprio adoecimento mental, caracterizamos, auxiliados pela literatura da área, e categorizamos o cenário atual e operacionalização da assistência em saúde mental no Ceará. Por fim, apontamos alguns pontos de convergências e divergências entre SM e APS que podem dar pistas sobre a necessidade de um modelo teórico de compreensão dessas práticas.

No Capítulo 2 fica evidenciado o modelo teórico que usamos para a compreensão do cuidado a SM na APS: o Modo Psicossocial. Deixar claro o paradigma e seus principais conceitos entrelaça o resgate histórico realizado no capítulo 1 e fornece as condições teóricas para a sistematização da literatura condizente às práticas de SM na APS. O trabalho final do capítulo, portanto, é a sistematização e categorização das principais modalidades de atuação de SM na APS presentes na literatura da área.

A segunda parte trata do percurso metodológico. Primeiro, no capítulo 3, apresento a cidade de Fortaleza. O cenário de pesquisa ganha vida através de algumas caracterizações e destaques em alguns dados relevantes para a temática estudada nessa dissertação. No capítulo 4, apresento a perspectiva qualitativa de pesquisa em saúde e delinco o percurso para a construção dos dados que compõem a pesquisa. A Hermenêutica-Dialética como “um caminho do Pensamento Social” (MINAYO, 2008) é apresentada como minha filiação teórico-metodológica, assim exponho o Fluxograma Analisador como o fio condutor metodológico, instrumento de construção dos dados, mas também de autoanálise dos sujeitos envolvidos.

A última parte, com a riqueza do material produzido, optamos por separar em dois capítulos (Capítulo 5 e 6) para uma melhor fluidez do texto sistematizado. Apesar dos capítulos não se encerrarem em si, eles são capazes de produzir um início, meio e fim a respeito dois três eixos análise que emergiram na pesquisa: “Processo de Trabalho do NASF”, em que, no primeiro capítulo, trazemos reflexões críticas e autoanalíticas sobre os “Fluxos da atenção na ESF”, “Organização do cuidado no NASF” e o “Cuidado em questão: autoanálise disparada pelo Fluxograma Analisador”, na atuação das práticas de SM na APS.

No último capítulo, inserimos os dois outros eixos de análise: as “Práticas em SM na APS”, que emergiu como resposta ao objetivo dessa pesquisa, no qual descrevemos algumas das práticas de Saúde Mental desenvolvidas pelo NASF, através da categoria “Arranjos organizacionais de SM”: Uma reinvenção cotidiana do processo de trabalho” e articulamos aos modos que se estabelecem os apoios através das categorias “Apoio as ERSF” e

“Apoio à rede”, às quais articulamos o arcabouço teórico sobre as atuações do NASF já descritas anteriormente. No eixo “O inédito e o viável em SM na ESF”, permitimos a aparição das categorias empíricas que emergiram ao longo da pesquisa e caracterizamos aquilo que os profissionais apontam como “os casos de NASF” e os que não eram possíveis de serem conduzidos (“Esse caso não é de NASF”). Como as equipes compreendem o papel inédito em que estão inseridas e a viabilização do cuidado, o torná-lo viável, foi a principal discussão compilada neste eixo de compreensão das práticas de SM na ESF.

O efeito que se buscou produzir com estas reflexões diz respeito à elaboração sobre um fazer crítico das categorias multiprofissionais na ESF, segundo a perspectiva de formação de profissionais para o SUS que coaduna com uma visão ampliada de saúde, que atuem a partir das necessidades de saúde da população (CAMPOS; AGUIAR; BELISÁRIO, 2008).

PARTE I

1. DA DOENÇA À SAÚDE MENTAL, DA REFORMA À APS: HISTÓRIAS DE LOUCURAS E TENSÕES DE POLÍTICAS, SABERES E PRÁTICAS.

A Saúde Mental, como trazemos ao debate, é situada na intrínseca discussão da Saúde Pública e Reforma Psiquiátrica, embora possa ser discutida em diversos outros campos (filosofia, sociologia, entre outros saberes). A nossa contextualização introdutória vislumbra abordar as mudanças de ordem sociais, políticas e éticas que subsidiam as viradas paradigmáticas no entendimento sobre a Saúde Mental e as práticas assistenciais nos equipamentos de saúde.

Queremos situar que o chamado campo da “Saúde Mental” traz em seu bojo uma nova perspectiva da relação do homem com a loucura e produz “novos sujeitos de direito e novos direitos para o sujeito” (AMARANTE, 1995, p. 494), fato que aqui assumimos como premissa. Saúde Mental como conceito operativo constitui-se tanto a partir da estratégia de desinstitucionalização no âmbito dos dispositivos de saúde, quanto pela mudança dos modelos assistenciais propostos na Reforma Sanitária.

Dos asilos à Atenção Psicossocial: do “louco excluído” ao “sujeito de direitos”.

As relações da sociedade com o dito “louco” decorrem principalmente do processo de construção do modelo psiquiátrico moderno. Foucault (1972) e Castel (1991) mostraram que o nascimento da psiquiatria na era moderna transformou o fenômeno da loucura em “doença” e possibilitou a exclusão do “louco” da razão e da dita cidadania. Foi, portanto, um processo historicamente construído.

A razão iluminista e seu discurso científico edificaram a figura da doença mental construindo a percepção de desrazão e da periculosidade, o que determinou a maneira da sociedade compreender e lidar com a loucura. Sujeito, então visto como autônomo, não pode ser percebido nessa “categoria” de pessoas, doentes. O binômio loucura e exclusão monta-se, portanto, sob essa égide.

Castel (1991) indica que a ordem psiquiátrica (a política de controle social) não se estabeleceu a partir de uma reestruturação do dispositivo médico internamente, mas sim de um produto de renegociação global das divisões de poder com as instâncias de poder do Estado, a justiça, a administração, comunidades locais, famílias etc. Então, quando a medicina psiquiátrica se reformula com os alienistas é que adquire um *status* de mandatária social da ordem e da norma.

No alienismo, a relação é marcada pela tutela, pois o louco merecia ser protegido, não confundido com bandidos e mendigos e, após isso, ele poderia ser reinserido.

Além do estatuto de doente, ganha o louco o de menor, ficando o médico, no caso o psiquiatra, como seu tutor, respondendo assim ao desafio da administração e controle legal da loucura na sociedade liberal (SILVA FILHO apud TUNDIS; COSTA, 2001, p. 91).

Assim a prática humanitária, proposta inicial e mote para a reformulação da psiquiatria vigente, exclui o louco do lugar de portador de direito e o coloca sob tutela.

Gonçalves Neto e Lima (2010) contribuem criticamente com esse debate afirmando que com o projeto dos primeiros alienistas, Pinel, Charcot, Janet, e de psiquiatras como Kraepelin, Bleuler, Jaspers, dentre outros que se esforçaram por elaborar manuais nosológicos cada vez mais organizados, criou-se as condições para que fosse permitido aos especialistas definirem os comportamentos ditos normais e patológicos, autorizando uma intervenção voltada para o restabelecimento da autonomia dos indivíduos. O alerta do autor é de que essas intervenções concretizaram-se como verdadeiros mecanismos de justificação da aniquilação, se não psicológica, física, dos indivíduos indesejáveis e oficializaram discursos sobre quem deve ser considerado “doente mental” ou não, criando, por sua vez, a identidade pressuposta do doente mental.

Assim, assistimos, nessa perspectiva histórica, a paulatina construção do louco como um sujeito em tutela, despossuído de poder. Algumas das reformas psiquiátricas (comentadas adiante), que acontecem a partir do meio do século XX, vão combater justamente o cerne do saber psiquiátrico que tem a doença como objeto de intervenção e não mais o sujeito em sua globalidade. Elas também visam criar (inventar) novos dispositivos e espaços sociais que dessem conta da relação homem-loucura.

De dentro da própria psiquiatria, críticas em relação ao modelo asilar e à instituição psiquiátrica começaram a repercutir, inicialmente, contra a sua própria eficácia técnica e legitimidade ética. As inspirações para esses questionamentos eclodem em diversas linhas de pensamento político-científico na América e Europa. Dentre eles, os mais marcantes: a Psiquiatria de Setor francesa nos fins da década de 1940; a Análise Institucional francesa e a Comunidade Terapêutica inglesa no início da década de 1950; a Psiquiatria Preventiva Comunitária norte-americana e a Antipsiquiatria inglesa na década de 1960 (BARROS, 2008; BEAKLINI 2001; TUNDIS; COSTA, 2001; AMARANTE, 1994). Além das transformações ocorridas no campo da Psicologia Social nas décadas de 70 e 80 e a Psiquiatria Democrática italiana na década de 1970 (BARROS, 2008; DIMENSTEIN, 2000).

No Brasil, segundo estudiosos da assistência à saúde mental, seria impreciso definir o conjunto de mudanças nesse campo em um termo genérico e único como “Reforma Psiquiátrica”. Márcia Barros (2008) sistematiza as leituras de diversos autores e documentos e aponta que a assistência psiquiátrica passou por ao menos quatro reformas antes do movimento que eclodiu através de movimentos grevistas no setor em 1978 e com as propostas baseadas na Psiquiatria Democrática Italiana, no II Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental, na cidade de Bauru (SP), que possibilitou a criação de um Movimento de caráter nacional chamado Movimento Nacional da Luta Antimanicomial com a bandeira cujo lema era “Por uma Sociedade Sem Manicômios”.

A Reforma Clemente Pereira, em 1850, a dita primeira reforma, foi influenciada pelos resquícios do modelo higienista francês, que se traduziu no momento de criação de espaços de isolamento para os escravos (senzalas), para a morte (cemitérios), para as doenças infectocontagiosas (sanatórios de lepra e de tuberculose) e para a loucura (hospícios), na intenção de isolar os improdutivos da cidade. Nessa época, foi criado o hospício da Tamarineira em Pernambuco (CERQUEIRA, 1989), além do hospício D. Pedro II e o hospital Juliano Moreira de Salvador, onde foram instalados, mais tarde, o manicômio judiciário e um hospital psiquiátrico (BARROS, 2008). A segunda reforma (Reforma Teixeira Brandão), não teve como marco uma mudança no modelo de exclusão, mas no modelo de “gestão”, já que nessa época, 1890, os hospícios passavam a ser de responsabilidade do Estado Republicano.

Apesar da perpetuação do modelo asilar e agora estatal, em meados de 1940, a Reforma Aduino Botelho, ficou marcada pela adaptação da assistência psiquiátrica o governo autoritário Vargas. Com a percepção dos limites de manutenção da ordem pública pela força, descobriu-se a assistência médica como forma de sedução das novas massas urbanas e criou-se uma máquina previdenciária assistencial para os trabalhadores (BARROS, 2008). Entretanto, está guardada à quarta Reforma a mudança mais brusca na assistência psiquiátrica.

À época do regime ditatorial, a partir da década de 1960, ocorre a Reforma Leonel Miranda, que terceirizou o campo da Saúde Mental. Os hospitais foram transferidos para o setor privado, embora financiados pelo Estado, e nesse momento abriu-se a era da “Indústria da Loucura”, já que agora, enquanto “negócio”, era lucrativo manter asilos (BARROS, 2008). Com o objetivo de atingir um leito para cada mil habitantes no Brasil, o governo militar chegou a financiar a clientela psiquiátrica no setor privado de 14 mil leitos para 30 mil em apenas cinco anos.

Esse contexto fez emergir as primeiras lutas contra os cuidados pautados na violência, segregação social e tutela, praticados por um modelo manicomial, excludente e

corretivo. No Brasil, os Movimentos de Luta Antimanicomial (MLA) e de Reforma Psiquiátrica (MRP), surgidos por volta de 1978, sobretudo com o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), denunciaram as precárias condições de trabalho e indignas condições de assistência nos hospícios. Ao longo desses 30 anos, trouxeram contribuições e encamparam bandeiras e pautas para os que lutam pelo direito à saúde digna, assistida, autônoma e não mais tutelada e outorgada.

Diversos foram os eventos políticos que marcaram, nas três últimas décadas, o campo da saúde mental: desde as Conferências Nacionais de Saúde de 1986 e 1992 (VIII e IX, respectivamente) até a confecção da Declaração de Caracas, em 1990, em que o país se tornou consignatário; desde o surgimento do SUS na Constituição brasileira de 1988 até a elaboração de leis estaduais que versavam sobre as reformas psiquiátricas em estados brasileiros, destacados os pioneirismos de Pernambuco, Ceará e Rio Grande do Sul (TUNDIS; COSTA, 2001).

As Políticas Públicas que guiam a Saúde Mental são implementadas, fruto desses movimentos, e têm como um dos principais produtos a Lei 10216 de 26 de abril de 2001, do Ministério da Saúde, e Portaria MS nº 336/2002, que inserem os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) como estratégia de cumprimento de ações que respondam ao novo modelo político de assistência à Saúde Mental definido e estabelecido (BRASIL, 2004a).

Podemos sintetizar, portanto, que a Reforma em Saúde Mental diz respeito a transformações éticas, políticas, sociais e culturais no lidar com a loucura e introduziu a estratégia da desinstitucionalização no âmbito das Políticas Públicas na Saúde Mental (BEAKLINI, 2001). Mudança nas Políticas Públicas no sentido de priorizar o atendimento comunitário ao paciente em detrimento da internação asilar: do tratamento da doença mental no hospício para a inserção social do usuário na comunidade (SILVA, 2005). Ou seja, não se concentrará a terapêutica numa instituição total, como caracteriza Goffman (1974); essa instituição, a qual retiraria do sujeito a sua identidade, restringiria seu espaço sociocultural, removeria do seu meio social, negando direitos e oprimindo desejos.

Os princípios reformistas seguem, em linhas gerais, o referencial de que os serviços de atenção à saúde mental preconizam a função terapêutica libertadora, inclusiva a de direitos, num processo com perspectiva de tratamento que supere a dialética da exclusão/inclusão, fornecendo subsídios para o rompimento da função excludente, e que culmine numa função inclusiva.

Esses serviços são os ditos substitutivos e surgem como principal dispositivo do atendimento comunitário no contexto hospitalocêntrico dominante. Os CAPS vieram,

portanto, como alternativa aos hospitais psiquiátricos, ao que, segundo a legislação atual, não se configura como complemento ao asilo (BRASIL, 2004a). Em suas ofertas terapêuticas, todas as ações devem focar no desenvolvimento da inserção comunitária, do usuário, desospitalização, desinstitucionalização e atividades terapêuticas multiprofissionais com foco na reabilitação psicossocial do sujeito, de forma que os usuários continuem inseridos no seu contexto familiar, social e cultural.

Também através de outros dispositivos de saúde comunitária que a desconstrução de estigmas, e superação da noção de segregação pela noção de cuidado que se pode chegar a relações horizontais e dignas de uma vida social inclusiva, tais como Residências Terapêuticas, Ocas Comunitárias, Centros de Convivência, Programas de re-inserção social.

A Reforma na assistência em Saúde Mental, todavia, tem sido mais do que a instalação dos serviços substitutivos, como os supracitados. É uma importante conquista também no que tange à mudança na legislação: que torna o portador de doença mental portador de direitos e beneficiários de Políticas Públicas, além de regulamentar possibilidade de punições para a internação involuntária, arbitrária ou desnecessária.

Portanto, agora o usuário – como os chamam os técnicos dos novos serviços substitutivos – é visto legalmente como um cidadão que pode reivindicar e é sujeito capaz de lutar contra a violência que lhe acomete. É com a tomada de consciência em relação aos seus direitos e fatores que o oprimem ou colocam o louco no lugar do oprimido que se pode combater a violência que está na base dos “transtornos mentais” (BASAGLIA, 1991).

Entretanto, há desafios ainda a superar. Autores, como Lima (2010), apontam que a Reforma no campo da Saúde Mental ainda teria que lidar com três outras questões:

- 1) construir alternativas e sustentar uma rede substitutiva ao modelo manicomial existente; 2) criar novos dispositivos clínicos e terapêuticos orientados pela noção de cuidado e promoção da autonomia; e 3) garantir a desinstitucionalização por meio da promoção de cidadania e ampliação dos espaços de sociabilidade, que significa direito à assistência social (moradia, comida, vestimentas), direito a possibilidades mínimas de sobrevivência e de reconhecimento como sujeito de direito (LIMA, 2010, p. 170).

O que se vê é que o autor assume a incompletude da reforma e, desse modo, as questões levantadas são indicações no âmbito da disputa científica, política e ética. Nesse caminho, apontamos um desafio a mais, que coaduna com o objeto de estudo desse projeto – as práticas em saúde mental –, que seria: desenvolver tecnologias de cuidado condizentes com o compromisso emancipatório dos sujeitos, as quais, segundo o próprio Rotelli (BASAGLIA, 1991), estariam, em parênteses, pela “doença mental”. Ou seja, um dos principais desafios, a

reformulação de práticas cotidianas de cuidado na saúde mental, faz-se em paralelo e concomitantemente ao próprio desenvolvimento da superação do paradigma da doença mental.

Dos princípios e conceitos ao cenário atual e operacionalização da assistência em saúde mental: tecendo olhar crítico sobre a SM no Ceará

Depois de apresentados alguns dos princípios norteadores, desafios atuais, cenas contextuais da Reforma em Saúde Mental e relatadas algumas das condições da emergência da reforma, apresentamos a atual situação de alguns aspectos da assistência à saúde ao setor específico da Saúde Mental (SM) no Brasil e, mais especificamente, no Ceará, para compreendermos o contexto da SM na APS.

O modelo reformista ainda está a evoluir, como tem indicado a literatura (FORTES et al., 2009), e é impulsionado pela reorganização dos serviços, o reconhecimento dos direitos humanos de pessoas com perturbações mentais e o desejo de prestar serviços de saúde mental equitativos. Neste processo, o sistema de serviços de saúde mental tem, em algumas regiões, “mudado de um modelo vertical para um modelo *quasi-vertical*, mas ainda não alcançou integração horizontal plena com os cuidados primários” (FORTES et al., 2009, p. 101).

Sampaio e outros autores (201, p. 4686) situam que a pesquisa em e no campo da Saúde Mental, concebido hoje na experiência brasileira como “psicossocial, territorial, interdisciplinar e constituinte do campo da saúde coletiva, tem, obviamente, desenvolvimento temporal pouco maior que uma década”. Assim, estamos a anunciar um campo de estudo, segundo o autor, em pequena magnitude, com certa fragmentação e um adensamento teórico em construção na área (SAMPAIO et al., 2011).

Entretanto, o resgate histórico do movimento de reforma no Ceará ajuda a entender a atual configuração de dispositivos da rede substitutiva ao modelo asilar no estado. Processo esse que é datado antes mesmo da legislação nacional de 2001 (que transitara desde 1989, ainda como projeto de lei do Deputado Paulo Delgado).

Segundo Sampaio e colegas (2011), a assistência psiquiátrica no estado passa por quatro períodos até chegar à fase atual, abaixo as sistematizamos:

I - Período de 1603 a 1886: com a inauguração desse período marcado pelo processo colonial, tem o seu marco final a data de inauguração do Asilo Alienados São

Vicente, da Santa Casa de Misericórdia. Antes do Asilo, não havia iniciativa formal de assistência no Ceará. Lugar do Louco, portanto: rua, prisão e movimentos messiânicos.

II - Período de 1887 a 1962: o último ano data a inauguração do Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM), de responsabilidade do governo estadual. Nesse período destaca-se, em 1936, a inauguração da Casa de Saúde São Gerardo. Com foco na alienação, psicopatia e psicose, as 3 instituições (Asilo São Vicente, HSMM, Casa de Saúde São Bernardo) estavam atrás no que diz respeito ao mesmo modelo adotado pelo ocidente, que já avançara mais na mesma época em outros estados.

III - Período de 1963 a 1991: Marcados pelas contradições e complexidade assistencial, esses 29 anos são longos: criação de 6 hospitais psiquiátricos privados e 1 manicômio judiciário, todos conveniados com a previdência pública, incentivados pela Ditadura Militar. Ao mesmo tempo, o período foi marcado pela influência americana. No Ceará, alojou-se o Programa Integrado de Saúde Mental (PISAM) em que se treinavam médicos generalistas para a abordagem em Saúde Mental. Além disso, nesse estado, inaugurou-se linha própria do Movimento de Reforma Psiquiátrica, o que se concretizou com a tramitação de lei estadual de Reforma Psiquiátrica. O fim desse período se dá com a ocasião da inauguração do primeiro CAPS cearense, na cidade de Iguatu (1991).

IV - Período de 1992 a 2011: marco fundamental é a implementação do SUS no estado ao passo que o estado inaugura experiências de organização da Saúde de modo pioneiro, como expresso nas experiências do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), PSF (Programa de Saúde da Família), do PPI (Planejamento Estratégico com Programação Pactuada Integrada) e pela criação das macro e microrregiões de saúde.

Segundo os autores, esse período pode ser discriminado em três fases:

1ª fase (1992 a 1996): Inauguração dos CAPS no interior do estado, como em Quixadá, Iguatu, Canindé, Cascavel, Aracati. A primeira cidade desenvolve uma espécie de suporte em rede no sentido de atuação na Atenção Primária, retaguarda para internações em leitos psiquiátricos de hospital geral regional, habilitação psicossocial para políticas de inclusão social, tratamento ambulatorial com diversidade de técnicas terapêuticas.

2ª fase (1997 a 2000): decisão dos governos pela ampliação quantitativa e estratégica dos CAPS com implementação dos serviços nas 21 microrregionais do estado por parte do governo estadual, e nas seis regionais da capital, Fortaleza, por parte do governo do município. Entretanto, Fortaleza não avança, já que implementa, na prática, apenas um CAPS. É possível inferir, portanto, um dos entraves históricos já nesta fase: demanda reprimida na capital e modelo centralizado ainda no hospital.

3ª fase: de 2001 ao momento atual (ou 2011, como à época da publicação do estudo citado), é caracterizado pelo significativo impacto da morte do paciente Damião Ximenes, que levou o Brasil a uma condenação internacional na Corte Interamericana de Direitos Humanos. Sobral, sede do hospital em que acontecera a morte do paciente, reestrutura a rede de saúde mental, fecha o referido hospital psiquiátrico de natureza asilar e ganha diversos prêmios por qualidade na atenção. Essa fase é caracterizada pela adesão da capital à reforma psiquiátrica com a orientação do modelo assistencial em serviços de base comunitária.

Apesar dos autores referidos (SAMPAIO et al., 2011) não fazerem menção, é imprescindível destacar que em 2002 o Brasil instaura Portarias e Regulamentações (BRASIL, 2004a) que fazem desaparecer as políticas regionais/locais de reforma na assistência à Saúde Mental. O Ceará, em específico, com as portarias de financiamento nacional, deixa de ter financiamento próprio para a manutenção dos CAPS em contrapartida estadual. Ou seja, com a legislação vigente nacionalmente que garante o financiamento da implementação e manutenção dos CAPS, o estado opta por não mais fazê-lo.

A Lei Estadual Mário Mamede nº 12.151, de 1992, um dos marcos do período contemporâneo, teve uma característica peculiar de um movimento surgido do interior para a capital (QUINDERÉ et al., 2010). As mudanças nas cidades em que se implantaram os CAPS, como Iguatu, Canindé e Quixadá, eram visíveis, segundo afirma o autor: redução nos gastos com internações psiquiátricas e formação de movimentos sociais para a criação de núcleos de Movimento da Luta Antimanicomial (SAMPAIO; SANTOS; ANDRADE, 1998). Fortaleza, com sua tardia inserção no modelo antimanicomial, ao contrário do pioneirismo do estado, traz uma particularidade: a convivência entre os dois modelos de atenção em Saúde Mental: o manicomial (ou asilar) e o dito psicossocial (QUINDERÉ et al., 2010).

Uma análise mais aguçada, agora em interface com o escrito no capítulo introdutório sobre a ESF, nos permite algumas reflexões críticas sobre a SM na APS. Diversas contradições estão presentes nos dados e historicidades relatados acima: desde a alta densidade de adesão da ESF nos estados nordestinos, mas tardia entrada na Estratégia por parte da capital, Fortaleza; desde a complexidade do cenário de implementação da APS, com o modelo organizador da ESF, mas com as constantes dificuldades de rompimento com o modelo centrado nos procedimentos ou pacotes básicos (ações programáticas) de saúde; desde um cenário ao mesmo tempo reformista e com disputas com modelos manicomiais e dificuldades de implementação de uma rede efetivamente substitutiva e não só “complementar” ao hospitalar.

O investimento da SM na ESF, através dos NASF, diz respeito à ampliação do escopo da capacidade de resolução da APS, assim como significa um ajuste aos modelos substitutivos na especificidade da saúde mental (psicossocial). Cabe perguntar se, com o cenário exposto, estratégias de ampliação da assistência efetivamente contribuem para a capacidade de resolução da assistência pública a saúde.

No exemplo do Ceará, a preocupação de fazer assistência à Saúde Mental em articulação com APS não é nova e destaca-se desde os movimentos de reforma da assistência do III período (SAMPAIO et al., 2011) e conforme relato de pesquisas dos autores do campo (FORTES et al., 2009).

Em trabalho recente, Jackson Sampaio e colaboradores (2011) apontam contundentemente que, para dar conta da prática de trabalho no cenário da atual assistência à Saúde Mental, o principal recurso de intervenção é o trabalhador, amparado por sua formação, seu protagonismo, suas habilidades técnicas e relacionais (SAMPAIO et al., 2011). Eles afirmam que esse reconhecimento deriva do fato de que, no campo da saúde mental, não predomina o uso denso das tecnologias de apoio diagnóstico e de tratamento presente nas demais especialidades de saúde, baseadas em dispositivos biomédicos. O que se vê é a necessidade cotidiana de novos saberes e práticas a serem construídos pelos trabalhadores, protagonistas do processo, então, mediante a invenção e a incorporação de novas formas de lidar com a demanda.

Entretanto, a centralidade nos trabalhadores em saúde, especificamente nesse debate, não se expressa em dados numéricos assistenciais no país em comparação com outros. Roberto Tykanori Kinoshita, atual coordenador da Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde, afirma que, se por um lado a característica geral das reformas está na busca pela descentralização/territorialização dos cuidados, visando maior acesso e continuidade da assistência, por outro continuaria aumentando a necessidade de oferta de cuidados psiquiátricos (KINOSHITA, 2012) e, afirmaríamos nós, dos demais profissionais envolvidos com a saúde mental.

A expansão dos serviços territoriais na forma CAPS encontra o seu limite na falta de profissionais médicos psiquiatras em quantidade satisfatória, afirma o autor. Não só isso, mas a proporção de outras profissões importantes para a saúde mental no país também é deficitária (OMS; WONCA, 2009), mesmo diante do histórico reformista na saúde mental e na saúde pública.

As categorias profissionais Psicologia, Terapia Ocupacional e Psiquiatria ocupam papel estratégico na política NASF por serem essas profissões, de acordo com a Portaria MS

154/2008, atualizadas pela nova PNAB (BRASIL, 2011), que induziria as ações de Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família. Desta forma, em cenário cujo contexto evidencia reformulação de práticas de saúde, além de um redimensionamento da concepção de sujeito e como ele produz a saúde, nesta pesquisa a indagação central diz respeito a como as práticas profissionais no NASF podem ou têm ajudado a reconstruir a concepção de Saúde implicada aos problemas reais e concretos da população assistida nas comunidades de abrangência.

Nas práticas em APS, há princípios comuns entre a atuação das equipes de Saúde da Família e de Saúde Mental (BRASIL, 2010a), sobretudo influenciadas pelo conjunto de reivindicações de movimentos sociais, mudanças de práticas e serviços de saúde, que se denominou Reforma à Assistência à Saúde Mental no Brasil (RASMB), evidenciadas acima - quais sejam, a atuação conectada com o contexto familiar, a perspectiva da longitudinalidade do cuidado e a organização em rede, que devem se articular para a produção de cuidados em saúde mental no território.

São, porém, imensos os desafios vinculados ao estabelecimento de programas de atenção à saúde mental ligados à APS, afirma Lancetti (2001). Dentre os desafios: necessidade de priorização de ações de saúde mental no próprio âmbito da atenção primária pela gestão em todos os níveis e sua própria continuidade; dada a atuação em áreas com fortes índices de pobreza e vulnerabilidade social, disponibilidade de profissionais que aceitem atuar nessas áreas com uma perspectiva antimanicomial (LANCETTI, 2000b); a disponibilidade de um arranjo de serviços, sua adequação cultural conforme a comunidade atendida e o investimento dos recursos em sistemas de cuidado, e não nos indivíduos.

Na prática concreta, no entanto, esses dois “setores” - SM e APS - entram em conflito. De um lado, os esforços de consolidação da Política de Saúde Mental ainda têm se deparado com grandes impasses na operacionalização de uma rede de cuidados e, especialmente, da capacidade de desenvolver ações que se estendam ao espaço social mais amplo. Quanto à APS ou na especificidade da ESF, além da insipiência das suas ações na área de saúde mental, aquelas existentes têm requerido uma sensibilização específica de seus profissionais, que não estão familiarizados com o universo da saúde mental, o que

[...] não lhes permite levar em conta a idiosincrasia dos problemas historicamente vividos pelos portadores de transtornos mentais. Pode-se supor que um dos principais limitantes dessas ações situa-se ainda na área relativa à clínica da saúde mental (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007, p. 2376).

Para compreendermos, então, a dimensão prática do cuidado à saúde mental e diversas práticas de ampliação do cuidado na APS que condizem com os princípios

reformistas, abaixo descrevemos e discutimos algumas das práticas desenvolvidas e apontadas na literatura que fazem jus à referência no campo da SM na APS no Brasil, antes, portanto, discutimos o que se chama de Modo Psicossocial, considerado o paradigma em Saúde Mental.

2. DOS MODELOS PSICOSSOCIAIS ÀS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL NA APS: UMA LEITURA SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

A emergência de um modelo de atenção que se diz reformista: o paradigma “Psicossocial”

O termo “Psicossocial” surge na literatura desse campo como uma possível resposta ao modelo já “reformista”. Luzio (2009) diz que a palavra “psicossocial” tem sido utilizada frequentemente para qualificar algumas experiências identificadas com o campo da Reforma Psiquiátrica e, sem necessariamente ter preocupação maior com os diversos significados dessa palavra, já que polissêmica no campo da saúde.

A origem do termo remete, na literatura em saúde mental, à associação com as práticas e as ideias reformistas da psiquiatria, em especial aquelas voltadas para a recuperação da função terapêutica dos hospitais psiquiátricos após a Segunda Grande Guerra na Inglaterra, na França e nos Estados Unidos (LUZIO, 2009). Alguns autores brasileiros têm traduzido a expressão Atenção Psicossocial² em nível conceitual (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003, AMARANTE; 2007, YASUI; COSTA-ROSA, 2008), situando-a a partir de sua vinculação com críticas mais radicais à Psiquiatria advindas da Antipsiquiatria, na Inglaterra, e da Psiquiatria Democrática, na Itália. Portanto, fala-se de um processo de transição paradigmática.

Em dissertação importante sobre a temática, Abílio Costa-Rosa (1987) relembra que em uma de suas reformas, a Psiquiatria, em sua vertente “Preventiva-Comunitária”, foi considerada um marco na história do desenvolvimento daquela ciência, uma vez que esse modo ampliou sua função medicalizadora e ampliou sua esfera de ação para o espaço público (não mais o individual), por intermédio de ações de saúde mental junto à comunidade. Dito de outra forma, a Psiquiatria “Preventiva-Comunitária” passou não apenas a detectar precocemente as situações críticas, desencadeadoras da manifestação da doença mental com objetivo de evitar a internação, mas a intervir no espaço social de modo a prevenir o adoecimento mental.

Percebia-se, assim, uma clara diferença da lógica asilar presente no século XVIII. Mais que isso, Costa-Rosa (1987) indica que houve o deslocamento da doença para a saúde

² Apesar das denominações “Modo” ou “Atenção” Psicossocial surgirem de fontes teóricas concordantes, usaremos o termo “Modo” como sinônimo de forma de atuação ou aquilo que se refere a prática cotidiana, enquanto a “Atenção” fará referência aos modelos gerenciais em Saúde Mental que usam o paradigma Psicossocial.

mental, no sentido de se combater tudo o que, na sociedade, no nível das causas possíveis de patologias, pudesse interferir no bem-estar dos cidadãos.

O que fica claro é que entre as condições de criação da reforma da assistência em saúde mental no Brasil e o movimento de desinstitucionalização, com os marcos da reforma italiana, já citados em capítulo anterior como importantes para as políticas do setor no país, há a Psiquiatria “Preventiva-Comunitária”, que influenciou as práticas em saúde mental e as categorias conceituais no campo. Os autores (AMARANTE; 2007, COSTA-ROSA, 1987) nos lembram que essa psiquiatria também preconizava a inclusão de outras categorias profissionais na Saúde Mental, como: assistentes sociais, psicólogos, psicopedagogos. Entretanto, as atividades desses profissionais eram restritas à execução das tarefas, pois o planejamento, direção, supervisão técnica e administrativa, bem como responsabilidades legais, continuavam sendo de domínio exclusivo dos médicos.

O que queremos dizer com o resgate histórico problematizador acima é que o “psicossocial” não foi dado *a priori* na política contemporânea de assistência à saúde mental e mesmo dentro da ciência psiquiátrica, estratégica para as reformulações em saúde mental, as reformas carregam paradoxos que estão longe de serem resolvidos. Dessa forma, o modo “psicossocial” em saúde mental é histórico, fruto de construção em sínteses de práticas, conceitos e disputas, além de polissêmica.

A construção de um “Modo Psicossocial” nas práticas assistenciais em Saúde Mental

Costa-Rosa e colegas, em trabalho sobre a definição da Atenção Psicossocial, aqui sintetizado no Modo Psicossocial, afirmam que esse modelo, às vezes nomeado confusamente como Reabilitação Psicossocial, tem sustentado um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas norteado pela aspiração de substituírem o Modo Asilar e, algumas vezes, o próprio paradigma da Psiquiatria (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003). Sobre sua origem, os autores supracitados relatam que

[...] remonta a uma série de contribuições vindas das diferentes experiências históricas que incluem, sobretudo, a Psiquiatria de Setor e Comunitária, a Antipsiquiatria, a Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria Democrática Italiana (p. 23).

No Brasil, em específico, tem relação com a contribuição das políticas públicas e das experiências locais dos CAPS e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). As influências,

portanto, seriam de elementos teóricos subjacentes das ideias sociológicas e psicológicas, pelo Materialismo Histórico, pela Psicanálise e pela Filosofia da Diferença.

Costa-Rosa e colaboradores (2003) indicam que a Atenção Psicossocial configura-se como um campo capaz de congrega e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao Modo Asilar, conservando, ao mesmo tempo, a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão.

O Modo Psicossocial, novo paradigma das práticas da Saúde Mental Coletiva, segundo os autores supracitados, é sistematizado em quatro campos, segundo as transformações operadas nas práticas na Reforma Psiquiátrica. Suas características, enfim, definem o paradigma. Nas palavras dos autores, são elas:

1. Concepções do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos sustentados para lidar com ela; 2. Concepções da organização das relações intrainstitucionais, inclusive da divisão do trabalho interprofissional; 3. Concepção da forma das relações da instituição e seus agentes com a clientela e com a população em geral; e, finalmente, 4. Concepção efetivada dos efeitos de suas ações em termos terapêuticos e éticos (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003, p. 34).

Assim, enquanto parâmetros, a aposta dessa teoria é que cada um deles em análise permitirá definir a pertinência do paradigma psiquiátrico, ou do paradigma psicossocial, para as práticas designadas pelo termo psicossocial.

Dito de outro modo, o Modo Psicossocial serve de proposição para a análise ou exame de até que ponto as transformações almeçadas por práticas reformistas são capazes de situá-la em sentido contrário às práticas que pretende substituir. Outra proposta do Modo Psicossocial é não se contentar com as transformações teóricas, práticas ou discursivas, mas firmar exigências logicamente deduzidas da ética necessária (desinstitucionalização) e do método de análise (dialético) (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

Para os quatro parâmetros acima descritos, faremos sínteses das exigências que o Modo Psicossocial realiza em dialética (ou enquanto alteridade radical do Modo Asilar): 1 - No lugar de hospitalização, doença-cura, clínica psiquiátrica/psicológica ou de especialidades, a proposta do paradigma é Desospitalização, Desmedicalização, Implicação subjetiva e sociocultural, abordagem do problema pela “existência-sofrimento”, clínica ampliada e transdisciplinar; 2 - No lugar de verticalização das relações institucionais, da exclusão social, da gestão por delegação, da fragmentação profissional, propõe-se no Modo Psicossocial horizontalização, autogestão e cogestão, interprofissionalidade transdisciplinar.

E continua: 3 - No lugar de relação “louco e são”, da clausura, da atenção estratificada em níveis e poder psiquiátrico, propõe-se em antítese a interlocução entre os

sujeitos, livre trânsito dos usuários, atenção integral e territorializada e desinstitucionalização do paradigma psiquiátrico; e, por fim, 4 - Relação sujeito-desejo ou carecimento-ideais, e não ego-realidade ou carência-suprimento; implicação subjetiva e sociocultural ou singularização dos cuidados, e não adaptação dos sujeitos.

Tamanho é o desafio proposto pela “alternativa” Psicossocial que, antes de ser um termo que sintetiza um modelo de assistência à saúde, falamos de um paradigma, já que se sustenta em valores éticos, campos teóricos, construções epistemológicas.

O que há dito, então, sobre as práticas de SM na APS brasileira?

Ajudar-nos-á ainda nessa sistematização sobre os estudos das práticas de saúde mental na ESF a busca pelo que a literatura tem referenciado sobre esse campo de pesquisa. Alguns autores com consolidados estudos na área poderão nos auxiliar, mesmo que traduzindo contextos específicos de suas realidades locais, como Sobral (TÓFOLI; FORTES, 2007) e Quixadá, no Ceará (SAMPAIO; BARROSO, 2001), também a experiência de Natal, no Rio Grande do Norte (CAMURI; DIMENSTEIN, 2010), Salvador, na Bahia (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007) e Camaragibe, em Pernambuco (CASÉ, 2001), todas com a especificidade da ESF. No sudeste, tem-se o modelo de Campinas (CAMPOS, 1999; FIGUEIREDO; ONOCKO CAMPOS, 2009) e as experiência do Projeto Qualis de São Paulo, capital (FENERIC; PEREIRA; ZENOULA, 2004; LANCETTI, 2001; GONÇALVES, 2001).

É estratégico, para fins desse capítulo, iniciar com a discussão do modelo de Campinas, dado o seu ineditismo e originalidade e, em seguida, discutir as demais experiências acima relatadas. Do ponto de vista teórico, seria importante, antes mesmo da explicação do modelo matricial por lá adotado, compreender as bases para que se lançasse mão dos conceitos de Apoio Matricial, Clínica Ampliada e equipe de referência, pois é preciso entender a Saúde Paideia do Gastão Wagner de Souza Campos (CAMPOS, 2003).

Hirdes (2009, p. 303) sintetiza em poucas palavras o grande aparato conceitual envolvido nesse método:

[...] o método Paidéia tem a finalidade de aumentar o coeficiente de intencionalidade dos sujeitos, de compreender e interferir na ampliação, na co-responsabilidade pela constituição de contextos singulares. A co-produção do singular decorre da interação entre fatores universais e particulares, resultando em sínteses específicas. O singular é o contexto situacional, produto do encontro entre sujeitos em um dado contexto organizacional, cultural, político e social. Diferentes fatores (biológicos, psicológicos, socioeconômicos) exercem influência na constituição dos modos de vida dos sujeitos e nos seus estados de saúde e de doença. A diferença está no grau

com que cada fator atua em uma dada situação específica. O desafio consiste em captar esta variabilidade e propor projetos singulares adequados a cada situação.

Fala-se, então, de gestão de processos de trabalho e do cuidado em saúde.

O Apoio Matricial é, portanto, a tecnologia em saúde que tem por objetivo aumentar o grau de resolutividade das ações de saúde (CAMPOS, 1999). Este arranjo, por sua vez, provoca uma reformulação nos organogramas dos serviços, de forma que as áreas especializadas (outrora verticais) passam a oferecer apoio técnico horizontal às equipes interdisciplinares de atenção básica (FIGUEIREDO; ONOCKO CAMPOS, 2009).

Nas palavras dos autores:

[...] a relação terapêutica, portanto, passaria a ser a linha reguladora do processo de trabalho, no qual as equipes de referência são as responsáveis por realizar o acompanhamento longitudinal do processo saúde/ doença/intervenção de cada paciente (FIGUEIREDO; ONOCKO CAMPOS, 2009, p. 130).

Desta forma, o Apoio Matricial seria uma ferramenta para agenciar a indispensável instrumentalização das equipes na ampliação da clínica, subvertendo o modelo médico dominante, que se traduz na fragmentação do trabalho e na produção excessiva de encaminhamentos, muitas vezes desnecessários, às diversas especialidades (CAMPOS, 2000; CAMPOS; DOMITTI, 2007; FIGUEIREDO; ONOCKO CAMPOS, 2009).

Dentre os trabalhos que relatam a experiência de Campinas, um em específico pode nos ajudar a compreender a organização das práticas de saúde mental na APS segundo a lógica do Apoio Matricial. Em relato de pesquisa sobre a organização das ações de saúde mental na atenção básica de Campinas (SP), a partir da implantação do arranjo de gestão Apoio Matricial, Figueiredo e Onocko Campos (2009) se propõem a discutir como é organizada a rede de saúde mental da cidade pesquisada.

As autoras apontam que ferramentas de organização de redes, como o Apoio Matricial, é potente não só quando se opera como retaguarda assistencial, mas quando se conecta com a perspectiva do apoio pedagógico (FIGUEIREDO; ONOCKO CAMPOS, 2009). Alertam que as ferramentas, como Apoio Matricial, ganham sentido no cotidiano do agir em Saúde Mental (seja na atenção especializada ou na Atenção Primária), se a ação induz o disparo de processos de Educação Permanente. Apesar de não fazer relação direta com o conceito de Educação Permanente em Saúde (EPS), podemos deduzir essa possibilidade, na medida em que o próprio texto indica que

[...] a capacitação *in loco* que o Apoio Matricial proporciona, que se daria através de atendimentos conjuntos entre o profissional da Saúde Mental e o profissional de referência. Com isso o profissional de referência pode aprender na prática como

avaliar e intervir em Saúde Mental (FIGUEIREDO; ONOCKO CAMPOS, 2009, p. 133).

Os resultados demonstram que o Apoio Matricial revela-se como potencializador da capacidade de realizar ações e organizar fluxos em saúde mental nos territórios da atenção básica. Mas, por outro lado, a dificuldade na implantação do Apoio Matricial situa-se no descompasso entre os tempos e ritmos da gestão e o ritmo das transformações das práticas no cotidiano, ditados e expressos pelo sentido que os profissionais imprimem às diretrizes (FIGUEIREDO; ONOCKO CAMPOS, 2009).

Outro modelo de organização foi o adotado em São Paulo, capital, em meados de 1990. A partir dos bons resultados obtidos em municípios de diversas regiões que adotaram a ESF em São Paulo, iniciou-se na cidade, em 1996, a implantação do Projeto Qualis (Qualidade Integral à Saúde). Fruto de um convênio que reuniu o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde e o Hospital Santa Marcelina, foi implantado primeiramente no distrito de Itaquera e os resultados colhidos na experiência da zona leste convenceram o Prof. Adib Jatene, então ministro da Saúde, a propor, em 1997, ao Governo Estadual, a expansão do Qualis para novas áreas (FENERIC; PEREIRA; ZEOULA, 2004).

Assim como no modelo de Campinas se faz necessário o entendimento do modelo Paideia, no Qualis é necessário entender o que Lancetti (2002) chama de ideias-força, no caso em específico, três ideias-força. A primeira era de que a trama traçada pelo Qualis e suas conexões com os recursos da comunidade deveria ser considerada e ativada em primeiro lugar. A segunda era a de que qualquer processo terapêutico consiste na ressignificação do sintoma, e que, para isso, era preciso criar um dispositivo articulado à rede tecida pela organização social de saúde. A terceira ideia é que a invenção, e esse foi o tesouro que extraímos de todas as experiências vividas, deve fazer parte do método (LANCETTI, 2001; FENERIC; PEREIRA; ZEOULA, 2004).

A novidade organizativa trazida pelo Qualis foi a ideia de formação de equipes específicas de Saúde Mental para suporte à ESF. Ao invés de criar serviços substitutivos, como NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) ou CAPS e HD (Hospital Dia), optou-se pela criação de uma “equipe volante” de Saúde Mental. Esta equipe funcionaria como retaguarda às equipes de Saúde da Família em todas as questões ligadas à Saúde Mental de um determinado território.

Lancetti (2001), com o seu grupo de trabalhadores e idealizadores, ao introduzir a SM na APS pioneiramente naquela cidade, reforçou que na ESF não é possível passar os casos, apesar do encaminhamento de pessoas para tratamentos mais complexos, em razão de

esses pacientes morarem no mesmo bairro; assim, o vínculo e a continuidade exigem lidar com o sofrimento humano, processo para o qual a maioria dos técnicos ainda não está preparada, exigindo dos profissionais um trabalho psíquico e uma capacitação continuada. Daí a sua centralidade na potencialização da capacidade de cuidado por parte das equipes de referência e dos ACS em especial, mesmo com a característica singular do Qualis de manter equipe volante específica para demanda de SM.

Na interface das práticas de SM na APS, temos as experiências significativas do nordeste. Algumas com o modelo de supervisão/consultoria ou apoio volante, outros com o Apoio Matricial configurado, compõem a miscelânea de práticas envolvidas. Algumas das referências trazidas abaixo podem ajudar a compreender o contexto em que surgem as práticas, ao mesmo tempo em que auxiliam a produzir problematizações sobre o campo.

No Ceará, em específico, duas experiências são marcantes. A experiência de Sobral é marcada pela reestruturação rápida de uma Rede de Atenção Integrada de Saúde Mental (RAISM), enquanto em Quixadá observou-se a construção de uma rede de atenção à saúde mental em que o fortalecimento das supervisões, processos formativos, construções integradas em rede foi significativo.

O município de Sobral desenvolveu uma forma de apoio matricial em saúde mental à ESF que apresenta algumas características únicas, como grande integração com a rede de saúde mental e triagem na atenção primária. Segundo o autor, já que o Apoio Matricial responde a uma questão de ordem pragmática de como responder à integralidade dos serviços de saúde na ESF pressupondo os especialistas, no município essa tecnologia assistencial serviu como suporte para junção da atenção especializada à atenção primária (TÓFOLI; FORTES, 2007).

No artigo específico estudado, um relato de experiência, o objetivo foi retratar o modelo de apoio matricial de saúde mental na Estratégia Saúde da Família que se desenvolveu em Sobral (cidade de 170 mil habitantes da Zona Norte do Estado do Ceará), no período que vai do início de 1997 ao primeiro trimestre de 2007.

Algumas características do matriciamento de saúde mental em Sobral que se definiram neste período estendem-se até o momento atual, afirmam os autores. Seu funcionamento, até a construção do artigo, compreende visitas mensais ou quinzenais (a depender do número de equipes) a unidades de saúde da família. Durante a ação, o visitante assume a posição de um consultor, realizando sensibilização sobre saúde mental (principalmente nas primeiras vezes), discutindo casos, efetuando visitas domiciliares e realizando consultas conjuntas (TÓFOLI; FORTES, 2007).

Menciona-se, ainda, no trabalho que o apoio matricial também vem, desde período de montagem, concomitante com a ampliação da rede de saúde mental local, servindo como um instrumento importante para que a APS possa acolher, de forma efetiva, pacientes provenientes dos CAPS que receberam alta parcial ou total para algum tipo de acompanhamento na ESF. Isso ocorre, operacionalmente, segundo os autores, através de avaliação conjunta pelas duas equipes na APS, para que decisões compartilhadas sobre seu tratamento sejam realizadas.

Por outro lado, embora profissionais não-médicos da saúde mental tivessem aderido ao apoio matricial de Sobral, este se manteve basicamente como uma ação psiquiátrica, bastante voltado para casos de sofrimento psíquico e, principalmente, transtorno mental. A promoção em saúde mental ficou restrita à Terapia Comunitária, porém em um número limitado de territórios de saúde (TÓFOLI; FORTES, 2007). Entretanto, a capacidade re-constitutiva do município com seus trabalhadores tem mostrado potência no cuidado à Saúde Mental a partir da integração com APS e ESF.

No modelo de Quixadá, um pressuposto guiara a organização da rede e as intervenções em Saúde Mental, segundo Sampaio e Barroso (2001): a parceria PSF (ou ESF)/CAPS não quer dizer treinamento das equipes de saúde da família em procedimentos simplificados da psiquiatria. Na palavra dos autores:

Há uma construção recíproca e responsável de uma teoria, de uma prática e de uma ética, mediante o estabelecimento de um eixo epistemológico comum e de um acordo político. A busca do eixo epistemológico pressupõe pesquisa sistemática dos perfis psicossanitários, das demandas recíprocas, da satisfação dos trabalhadores e usuários. O acordo político exige um gestor socialmente sensível, apoiado por um pacto de governabilidade, decidido a inverter paradigmas arcaicos de relação Estado/Sociedade (SAMPAIO; BARROSO, 2001, p. 212).

O trecho acima caracteriza bem o modelo de organização de Quixadá, com forte influência na intervenção científica/pedagógica e de gestão/organização do serviço.

Na prática, a integração CAPS/ESF produz eixos de intervenção. De um lado, em caráter de assessoria/apoio pedagógico, se realizavam: seminários conjuntos, estágios dos profissionais do CAPS da ESF e dos profissionais da ESF no CAPS. Em relação à supervisão técnica, realizam-se procedimentos sistemáticos e ágeis de referência e contra-referência; acompanhamento de psicóticos crônicos com intervenção do CAPS nas intercorrências e manutenção de cuidados (contínuos) pela ESF; realização de grupos de queixa difusa com participação de ambos os atores da rede (CAPS e ESF); participação nas visitas domiciliares,

com a característica peculiar de não só a APS solicitar, mas o CAPS também sugerir as visitas, criando um ambiente de demandas recíprocas, desfragmentando o cuidado.

O desafio, portanto, é a continuidade, que sempre é sensível às mudanças de gestões e à capacidade do CAPS de gerenciar o cuidado em saúde mental, que na experiência de Quixadá, parece ser potencializado pela pequena população de abrangência, com menos de 80.000 habitantes.

A experiência de Camaragibe, na região metropolitana de Recife-PE, nasce em sincronia com a adoção do PSF naquela cidade em meados de 1996. O entusiasmo da reorganização da saúde pelo advento da Saúde da Família e, ao mesmo tempo, o crescimento de pedido de “ajuda” para os casos que envolviam os casos de transtorno mental às voltas dos ACS e equipes dos centros de saúde, fizeram a gestão de atenção psicossocial municipal adotar postura de montagem de ação própria para demanda (CASÉ, 2001).

Em um formato de pesquisa ação, o trabalho de Vânia Casé (2001) evidencia um processo de aproximação com a APS que foi gradativo e marcado pela sensibilização ao campo, com oficinas, seminários, ao mesmo tempo em que se articulava o fomento à criação de política municipal para área, com o estímulo à formulação de comissão de saúde mental no Conselho municipal de saúde. Realizado o processo inicial de articulação e oficinas, as ações de caráter assistencial aconteceram em formato de “monitoração”.

A monitoração das equipes de Saúde Mental às equipes de Saúde da Família em Camaragibe (PE), iniciada em 1997, teve como modo organizador o trabalho em equipe, específica para a saúde mental, no qual o desenvolvimento do trabalho se dava através de estudos de caso, interconsultas, orientação para formação em construção de grupos com a comunidade, visitas domiciliares, capacitações, entre outras (CASÉ, 2001).

As dificuldades não foram ausentes e, dentre elas, são destacadas as que se referem às dificuldades do manejo da demanda, tanto pelo desconhecimento de procedimentos e modos de lidar com a saúde mental e resistências pessoais de profissionais quanto pelos conflitos vividos na comunidade, que dificultavam o acesso e assistência, até os problemas ligados à rede de saúde mental, que diziam respeito às dificuldades de retaguarda, já que a rede secundária era incipiente, falta de recursos financeiros para desenvolvimento das atividades e pouco pessoal para o tamanho da demanda.

E a maior dificuldade, inevitavelmente, é que o modelo adotado na experiência de Camaragibe, àquela época, não enfrentara a lógica manicomial. No município, estava um dos maiores hospitais do país e, juntos, os dois manicômios privados que lá existiam detinham

mais de 1200 leitos de internamento. Lógica asilar que demorou anos para ser desmontada em paralelo a experiências de interfaces de SM com APS.

Entretanto, essa experiência, mais que fortalecer o setor da SM, fortaleceu a Saúde da Família, que, segundo consta em Casé (2001), aumentou a adesão dos usuários com transtornos psíquicos no PSF, fortaleceu e motivou equipes da APS para elaboração e continuidade de grupos de convivência (promoção de saúde), tiveram, segundo instrumento de avaliação específico do município, as visitas domiciliares reconhecidas como forte tecnologia de assistência e com reconhecimento dos trabalhadores do PSF em forma de reivindicação de ampliação do escopo das ações de monitoração.

Ainda no âmbito das experiências do nordeste brasileiro, Camuri e Dimenstein (2009) trazem ao debate a experiência de Natal. Em trabalho de pesquisa sobre processos de trabalho em saúde na rede básica do Sistema Único de Saúde (SUS) no município, em relação ao cuidado em saúde mental, os autores se propõem a refletir sobre alguns cenários e problemas como: organização dos processos de trabalho, hierarquização das práticas de cuidado, especialismo das categorias profissionais, responsabilidade sanitária, vínculo terapêutico e a transversalidade dos saberes e práticas.

Nos resultados, a partir da pesquisa em um Centro de Saúde ligado à ESF, os autores evidenciam que as ações de saúde mental encontradas paravam nas burocratizações das ações programáticas inerentes à Estratégia (ESF) e nas estruturas disciplinares em que as categorias profissionais se dividem, com predominância do modelo biomédico no olhar a demanda para com o usuário.

Com esse cenário, os autores fazem apontamentos contundentes acerca do processo de trabalho das equipes. Afirmam que o ponto crucial para a efetivação do modelo de atenção está na transformação dos processos de trabalhos em saúde que são desenvolvidos cotidianamente com os usuários portadores de transtorno mental, bem como do modo como vêm sendo conduzidas as políticas e a gestão em saúde no município. Entretanto, a mudança do processo de trabalho requer a reestruturação de agendas, reconfiguração de assistência, e, sobretudo, com abertura dos profissionais, a afetação que a assistência à Saúde Mental pode proporcionar.

Apontamos com esses autores que um dos desafios das pesquisas nesse campo é a compreensão e os apontamentos dos locais, práticas, rupturas onde os afetos afetam as práticas e onde as práticas são afetadas pela subjetividade inerente aos processos de cuidado à Saúde Mental.

As autoras Nunes, Jucá e Valentim (2007) nos ajudam a enriquecer teoricamente o debate sobre as práticas produzidas pelos atores da equipe de referência da ESF no que concerne à assistência a SM na APS. Este artigo é expressão de pesquisa realizada na Atenção Primária de Salvador-BA, cujo objetivo foi discutir as articulações entre os movimentos de Reforma Psiquiátrica e Sanitária por intermédio das práticas concretas do cuidado de saúde mental no Programa Saúde da Família (PSF), tomando como base um estudo etnográfico com quatro equipes de saúde da família.

As análises das práticas concretas dos profissionais são avaliadas sob a ótica qualitativa e priorizando a narrativa como método de apreensão dos dados, tomaram por guia categorias conceituais importantes para o nosso estudo (e mais à frente trabalhadas com mais ênfase), a saber: “modelo psicossocial do cuidado”, “integralidade da atenção”, “participação social”, “territorialidade”, “ações coletivas”.

A pesquisa evidencia as discrepâncias entre o proposto normativo e o instituído, fatores dificultadores e conquistas da operacionalização das ações e limites da confrontação e potencialidades da transversalidade de campos epistemológicos particulares, como a clínica ampliada da saúde mental e do Programa de Saúde da Família. Há, na pesquisa, a constatação do distanciamento dos profissionais da ação em saúde mental no território por diversos motivos, dentre os quais,

- (i) o desconhecimento acerca da Reforma Psiquiátrica e a falta de capacitação em saúde mental dos profissionais e técnicos do PSF; (ii) a não-identificação por parte da população de problemas em saúde mental como prioridades nas áreas estudadas; (iii) a falta de condições para o atendimento desses casos no PSF, o que inclui a inexistência de medicações psiquiátricas para fornecer aos pacientes; (iv) a inexistência de uma rede em saúde mental, inclusive a falta de entrosamento com serviços de saúde mental que funcionem como retaguarda e permitam a referência rápida em caso de necessidade (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007, p. 2378).

Indicam as autoras, então, que é necessário produzir com a equipe de saúde da família uma troca verdadeira, com a produção de saberes e práticas que partiam da realidade de atuação daqueles profissionais, além de ênfase sobre o que podemos chamar de uma pedagogia libertária e emancipatória, que ousa romper com ideias pré-concebidas e situar-se na lógica da inventividade os processos educativos nesse campo de atuação.

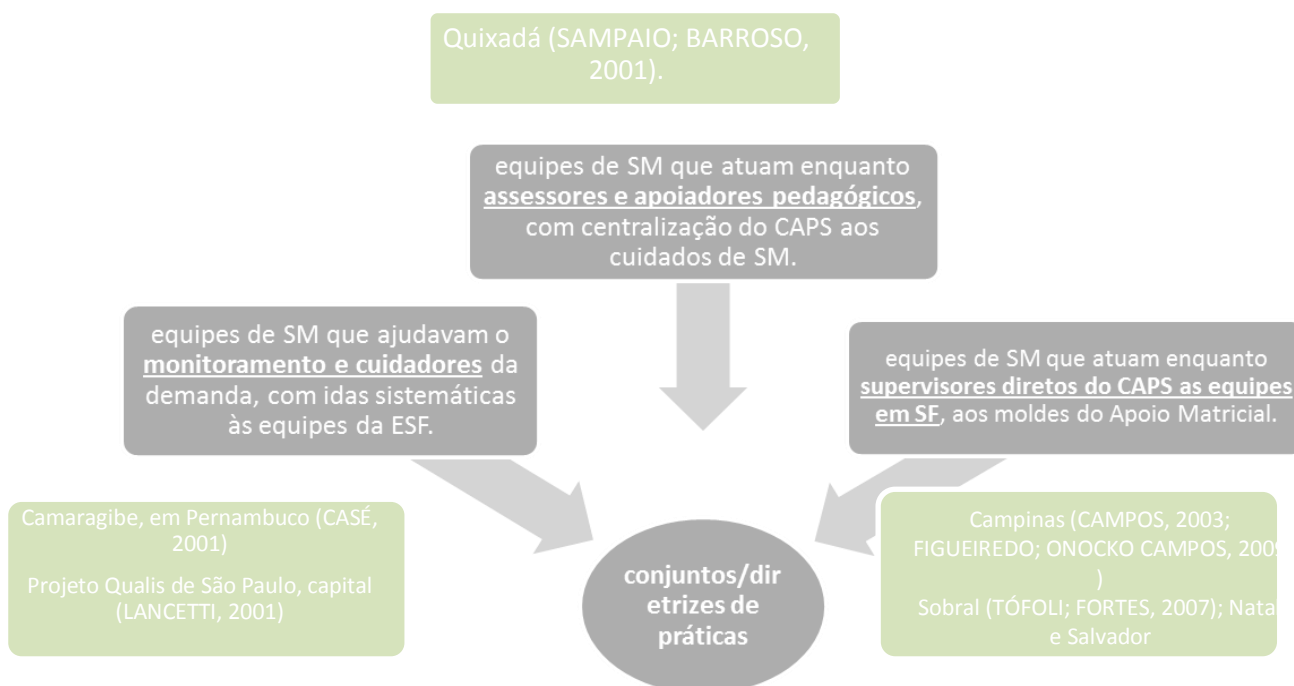
É nesse trabalho que já situamos uma das indagações do campo da epistemologia da ESF; no item a seguir, desdobraremos suas repercussões. Ora, se percebemos a principal âncora do modelo de assistência em Saúde Mental ser pautada no Modelo Psicossocial do Cuidado, cuja definição diz de um modelo de assistência que se situa em contradição com o modelo asilar, em quatro principais parâmetros - na definição de “seu objeto” e dos “meios”

teórico-técnicos de intervenção, nas formas da organização dos dispositivos institucionais, nas modalidades do relacionamento com os usuários e a população e nas implicações éticas dos efeitos de suas práticas em termos jurídicos, teórico-técnicos e ideológicos –, é possível requerer da ESF adaptação a este modelo? Responder talvez não seja possível, mas elucidar as diversas questões que rodeiam o estudo da SM na ESF se faz imperativo para o entendimento da questão central a ser trabalhada nessa pesquisa.

Mesmo sem termos tido a pretensão de esgotar as experiências já acontecidas no Brasil de SM na APS, resumimos abaixo alguns achados a partir da análise das práticas de saúde mental nas diversas experiências locais pesquisadas. É possível afirmar que três tipos de conjuntos/diretrizes de práticas emergiram nas equipes multiprofissionais de SM que apoiavam a ESF: equipes de SM que ajudavam o monitoramento da demanda, com idas sistemáticas às equipes da ESF, como no exemplo de Camaragibe; equipes de SM que atuam como assessores e apoiadores pedagógicos, com centralização do CAPS aos cuidados de SM, como no exemplo de Quixadá; equipes de SM que atuam como supervisores diretos do CAPS às equipes em SF, aos moldes do Apoio Matricial, como no exemplo de Campinas e Sobral.

A figura abaixo tenta, em forma gráfica e didática, deixar evidentes as possibilidades de práticas que surgiram na sistematização das práticas de SM na APS.

Figura 4 – Tipologia de práticas de SM na APS.



Fonte: Elaboração própria.

Como se dão, então, as ações em Saúde Mental (SM) no contexto da APS cearense? Como se evidenciam essas práticas no cotidiano da organização do processo de trabalho dos profissionais do NASF na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Fortaleza, especificamente, em nosso campo de estudo?

Diante dos possíveis conjuntos/diretrizes de práticas que a literatura tem apontado na interface SM na APS, para alcançar o objetivo da pesquisa de investigar as ações em SM que se evidenciam na prática dos profissionais do NASF na ESF do município de Fortaleza, é necessário descrever um pouco mais as características do campo pesquisado.

Identificar os processos de trabalho do NASF e investigar os mecanismos institucionais (e extra-institucionais) que articulam as equipes NASF e as ERSF no que diz respeito à saúde mental requer respostas da ordem da qualidade do fenômeno estudado, portanto, um desenho qualitativo de pesquisa em saúde. Assim, a próxima parte da dissertação, que antecede a exposição do que foi desvelado em campo, também descreve, além do cenário da pesquisa, o percurso metodológico e as técnicas, recursos e materiais envolvidos na construção dos dados da pesquisa, de “tom” e desenho hermenêutico-dialético.

PARTE II

3. FORTALEZA: UMA CIDADE COM SAÚDE MENTAL NA APS?

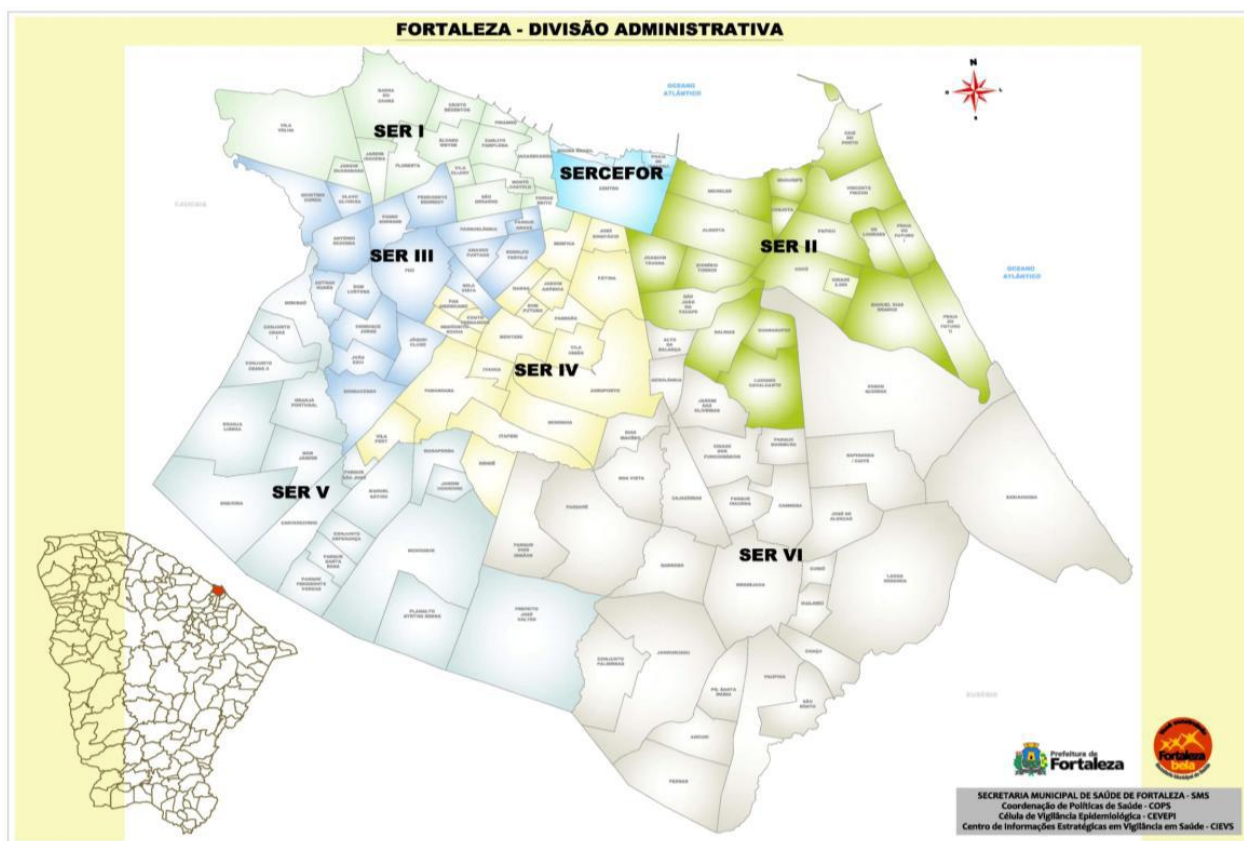
A minha inserção na Saúde de Fortaleza como profissional ligado ao ensino em serviço, imerso nas práticas da Saúde Mental na APS, em especial na ESF municipal, foi indubitavelmente um grande motivador para a escolha desse município como campo de pesquisa. Como citei na apresentação dessa dissertação, a experiência empírica já me permitia apontar algumas problemáticas do cotidiano da organização do trabalho na APS: dificuldade da inserção do NASF no cotidiano das equipes de referência em Saúde da Família (ERSF); a dificuldade de entendimento efetivo sobre a proposta por parte dos próprios profissionais do NASF, assim como por parte das ERSF (médicos, enfermeiros, odontólogos, ACS etc.); a infraestrutura inadequada dos Centros de Saúde para a recepção desses “novos profissionais multi”.

Em pesquisa qualitativa, no entanto, a escolha passa também pelo conhecimento das nuances e vicissitudes do lugar, já que, em detrimento da gama de municípios que poderíamos estudar no estado cearense – propício para o estudo da ESF devido ao seu lugar propositivo na política de APS, como já citamos –, optamos pela exploração em profundidade do local estudado.

O município de Fortaleza localiza-se no litoral norte do estado do Ceará – estado brasileiro com território de 149 mil km², no qual habitam oito milhões e meio de pessoas (SAMPAIO et al., 2011) – tem aproximadamente 313,8 km² e população estimada de 2.451.813 habitantes (IBGE, 2010), distribuída em 116 bairros, sendo considerada, neste último senso, a segunda maior cidade do nordeste e a quinta mais populosa do país.

Em termos administrativos, a capital é dividida em seis territórios ou regiões político-administrativas, chamados de Secretarias Executivas Regionais (SER). Estas funcionam como gestoras e executoras das políticas públicas municipais, possuindo cada SER distritos temáticos (quais sejam: Distrito de Saúde, Educação, de Infraestrutura, de Assistência Social, de Meio Ambiente e de Finanças), que atuam como “espelhos” das secretarias temáticas municipais (FROTA, 2009). Recentemente, foi criada a Secretaria Executiva Regional do Centro de Fortaleza (SERCEFOP), ampliando para 7 (sete) o total de SER's (FORTALEZA, 2012), conforme demonstra a Figura 5, mas ainda em processo político-administrativo de implantação. A SERCEFOP tinha o seu território imerso na SER I e os seus dados sócio-demográficos e sanitários pertencem a esta, de modo que nas linhas seguintes consideraremos apenas as 6 regionais.

Figura 5 – Divisão das Secretarias Executivas Regionais no município de Fortaleza



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza – SMS. Fortaleza, 2012.

As equipes das várias SER's atuam de forma descentralizada e detêm conhecimentos singulares quanto aos seus territórios. Esta divisão administrativa atua com vistas a promover, entre outros, a descentralização das ações na cidade e o reconhecimento das singularidades de cada território (FROTA, 2009).

O sistema municipal de saúde de Fortaleza está habilitado na modalidade gestão plena, sendo responsável - e com capacidade instalada - para a oferta de serviços de saúde nos níveis de atenção primário, secundário e terciário, servindo, inclusive, de referência em nível micro e macro regional e interestadual. Possui, segundo o Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), 2.229 estabelecimentos de saúde inscritos nesse sistema; destes, 3,96% são unidades básicas; 3,79% são unidades hospitalares; 24,9% ambulatorios especializados, policlínicas, unidades de diagnose e terapia; e 65,9% são consultórios isolados. Das unidades exclusivamente públicas municipais, 73% são Centros de Saúde da Família (CSF), antes chamadas de Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF). O município dispõe de 92 CSF distribuídos nas seis secretarias executivas regionais sob gerência direta das Células de Atenção Básica/Distritos de Saúde regionais, tendo como órgão político gestor, a Secretaria Municipal de Saúde.

No ano 2005, a atenção básica encontrava-se com inúmeros problemas ligados ao sistema de saúde, principalmente relacionados ao acesso da população aos serviços de saúde. Na época, mesmo dispondo de 89 unidades básicas, nem todas eram consideradas CSF, e a cobertura populacional da ESF no município era de apenas 11%, com 101 equipes (FROTA, 2009). O advento do concurso público para provimento de cargos de profissionais de saúde na APS do município em 2006 transformou a realidade de cobertura da política da ESF na realidade local, triplicando o número de profissionais e equipes, conforme demonstra a tabela a seguir.

Tabela 1 - Distribuição quantitativa das equipes de saúde da família, por Secretaria Executiva Regional, antes e depois da convocação dos concursados em 2006

SER	Nº de equipes antes do concurso, 2006.	Nº de equipes depois do concurso, 2007.
I	16	36
II	11	38
III	22	63
IV	12	33
V	20	64
VI	20	70
FORTALEZA	101	304

Fonte: Adaptado de Santos (2012).

Até 2007, foram efetivados 300 enfermeiros, 210 médicos e 250 cirurgiões dentistas. Além disso, realizou-se seleção pública para contratação de 2.627 agentes comunitários de saúde, tendo como um dos critérios a moradia na microárea de implementação da ESF. Durante o ano de 2010, novas convocações de profissionais de saúde aprovados no Concurso de base Municipal de 2006 foram realizadas pela SMS com o intuito de ampliar a cobertura da população assistida. Além disso, houve a convocação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) – também resultado de Seleção Pública específica, paralela ao Concurso Público de 2006 – e aditivo de enfermeiros, médicos e dentistas, conforme tabela abaixo:

Tabela 2 - Número de profissionais de acordo com as convocações por Categoria Profissional.

Ano	Categoria Profissional	Nº de profissionais
2010	Médico	25
2010	Dentista	25
2010	Enfermeiro	50
2010	ACS	1160

Fonte: Célula da Atenção Básica/Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Fortaleza, 2011.

O município de Fortaleza contava com 321 equipes (completas e incompletas) da ESF de janeiro a junho de 2010 (FORTALEZA, 2011). Em julho de 2010, com a convocação de parte dos ACS convocados da Seleção, a existência de ACS que não estavam inseridos nas equipes da ESF e um número considerável de equipes incompletas por falta do profissional médico, houve a necessidade de implantação e implementação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) no município de Fortaleza, passando a contar com 91 equipes da referida Estratégia. Assim, ao fim do referido ano, o município contava com 364 equipes, sendo 263 equipes da ESF e 101 equipes da EACS, distribuídas conforme o quadro abaixo:

Tabela 3 - Distribuição do número de equipes da ESF e EACS por Secretaria Executiva Regional em dezembro de 2010.

SER	Nº de CSF	Nº de Equipes ESF	Nº de Equipes EACS	Total
I	12	36	18	54
II	11	32	12	44
III	16	42	23	65
IV	12	29	8	37
V	20	63	18	81
VI	20	61	22	83
	91	263	101	364

Fonte: Célula da Atenção Básica/Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Fortaleza, 2011.

A adoção de estratégia suplementar à ESF, como a EACS, entretanto, não parece fortalecer a própria Saúde da Família, inclusive porque, nesse ponto, as equipes de apoio do NASF, já explicitadas conceitual e operacionalmente em capítulo anterior, não podem ser implantadas. Ao que nos parece, a ampliação de cobertura dos ACS fortalece a APS, mas não diretamente a ESF como estruturadora do modelo assistencial.

Ainda assim, ao observar que a implantação da ESF ao longo dos anos, em Fortaleza as primeiras equipes foram implantadas em 1999 e contabilizavam apenas 32 ESF, representando 5,48% de cobertura populacional. Em uma série histórica, dez anos mais tarde, observou-se um significativo incremento na cobertura populacional, notadamente em 2006 e 2007 – um aumento de quase 250% entre 2005 e 2006. A tabela (Tabela 4) abaixo descreve o incremento, entre 1998 e 2007. Entretanto, é irrefutável afirmar que Fortaleza ainda encontrava-se com uma baixa cobertura populacional da ESF, de 35,4%, conforme afirma o último relatório de Gestão publicado (FORTALEZA, 2011).

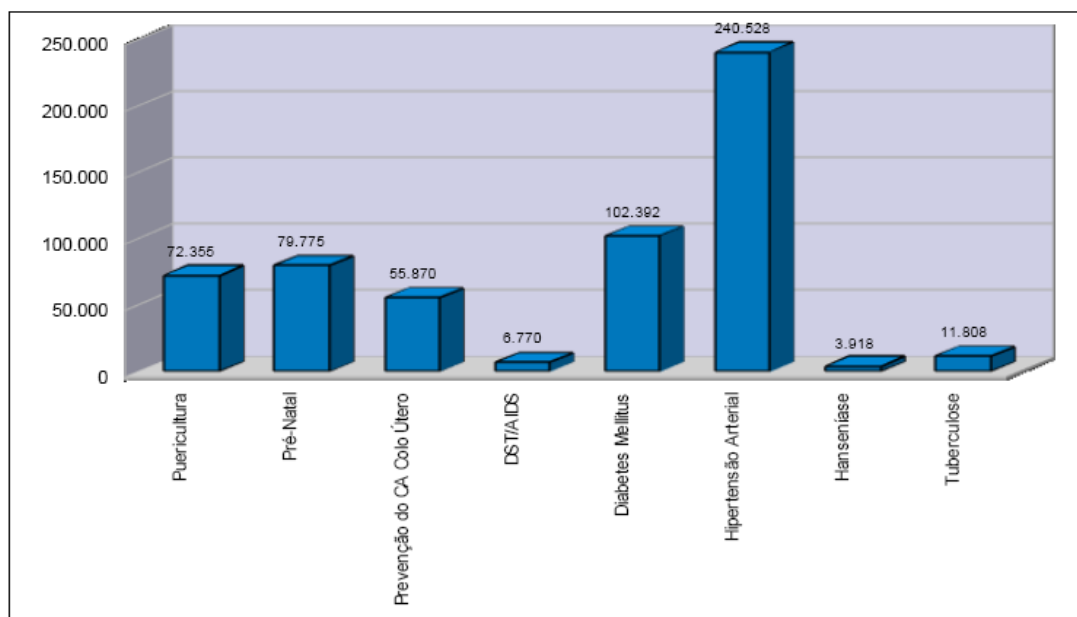
Tabela 4 - Evolução da expansão da Estratégia Saúde da Família no município de Fortaleza em série histórica: 1998 – 2007.

ANO	EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (Nº)	COBERTURA POPULACIONAL (%)
1998	ZERO	ZERO
1999	50	8,56
2000	97	15,95
2001	101	15,96
2002	101	15,96
2003	75	11,66
2004	93	14,22
2005	77	11,77
2006	234	33,99
2007	267	38,11

Fonte: Adaptado de Frota (2009).

No que tange à organização da prática assistencial na ESF, principal questão nessa pesquisa, percebemos que a centralização do processo de trabalho está intimamente conectada com áreas estratégicas definidas pelo MS para resolução em APS. O número de atendimentos realizados nas Áreas Estratégicas preconizadas pelo Ministério da Saúde, envolvidas em todo o ciclo de vida e associado às linhas de cuidado e às áreas transversais foi de 573.426, distribuídos conforme a figura abaixo:

Figura 6 – Número de Atendimentos realizados pelas Equipes ESF e EACS nas Áreas Estratégicas em Fortaleza.



Fonte: Célula da Atenção Básica/Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza – SMS. Fortaleza, 2011.

Os dados contidos no gráfico da figura evidencia, então, uma centralização no programa denominado de “HIPERDIA” – atendimento ao hipertenso e diabético, totalizando mais de 341000 atendimentos do total.

Como aposta da implementação da atenção integral, o Relatório de Gestão aponta que uma das apostas foi a implementação do NASF em 2009. Eles nasceram, no município, com a missão de instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das ERSF (FORTALEZA, 2011).

Atualmente conta com 25 equipes distribuídas atuando nos CSF municipais, são compostas pelas categorias profissionais: farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, assistente social, educador físico, psicólogo e terapeuta ocupacional. A composição das equipes, segundo informações do município, foi organizada seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações (FORTALEZA, 2011).

Essas equipes multiprofissionais se distribuem nas 6 Secretarias Executivas Regionais, além de uma equipe tarde/noite que realiza atividades de abordagem ao morador de rua no Centro da cidade, conforme a tabela abaixo:

Tabela 5 - Distribuição do Número de Equipes e Profissionais do NASF por Secretaria Executiva Regional em Fortaleza – 2011.

Equipes – Profissionais	SER I	SER II	SER III	SER IV	SER V	SER VI	Tarde/noite
Equipes	3	3	4	3	6	5	1
Fisioterapeuta	8	7	10	6	14	12	2
Psicólogo	2	3	3	1	4	5	1
As. Social	4	4	4	3	5	6	1
Farmacêutico	2	1	2	2	3	2	1
Educador Físico	2	2	3	2	6	6	1
Fonoaudiólogo	2	1	3	2	3	4	-
T. Ocupacional	2	3	6	2	6	4	2
Nutricionista	1	3	2	1	2	2	-
Profissionais	23	24	33	19	43	41	08

Fonte: Adaptado de Célula da Atenção Básica/Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Fortaleza, 2011.

As equipes do NASF da ESF municipal têm trabalhado, segundo as diretrizes da gestão, com o objetivo de atuar na promoção e prevenção em saúde pública, tendo a família como foco. As ações são desenvolvidas de forma interdisciplinar com a participação da equipe de saúde da família, sendo desenvolvidas especialmente junto aos grupos prioritários: gestantes, idosos, adolescentes, portadores de hipertensão e diabetes (FORTALEZA, 2011).

Também no Relatório de Gestão fica explicitado o foco em duas ações prioritárias: atenção aos pacientes acamados e atividades relacionadas à demanda da criança e adolescente em idade escolar através do Programa Saúde na Escola (PSE). No primeiro, são feitas visitas domiciliares nas quais são realizados os diagnósticos de saúde e psicossocial com o atendimento das demandas referentes à atenção básica, além do encaminhamento para os serviços de referência e o acompanhamento longitudinal. No último, realiza-se a avaliação da saúde dos escolares, além de atividades educativas abordando diversos temas.

Em números, a tabela abaixo evidencia o atendimento individual como a principal ação desenvolvida pelo NASF e a visita domiciliar como estruturante do processo de trabalho, sendo a segunda mais realizada. Destaca-se que a falta de caracterização do que é a demanda do “atendimento individual” e qual o objetivo dessas práticas dificulta a compreensão do que se produz de ação na ESF conectado com as necessidades de saúde da população.

Tabela 6 – Número de Atividades realizadas pelas Equipes do NASF em Fortaleza - 2010.

GRUPOS DE ATIVIDADES	TOTAL
Atendimento Individual	12.230
Atividade em Grupo	1.679
Oficinas/ Atividades Educativas no CSF	3.308
Oficinas/ Atividades Educativas na Comunidade	3.397
Visitas Domiciliares	7.160

Fonte: Célula da Atenção Básica/Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Fortaleza, 2011.

Apesar de o município ter adotado a estratégia do Apoio Matricial, nenhuma linha de intervenção ou consolidação de ações presentes nos instrumentos de gestão tem colocado a equipe NASF como promotora de interface entre SM na APS. Por outro lado, a Rede de Saúde Mental em Fortaleza, principalmente entre os anos de 2006 e 2007, no mesmo período em que se assistiu ao incremento da ESF descrita acima, também implantou a Rede Assistencial em Saúde Mental com base nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

A capacidade instalada da rede dispõe de 333 profissionais, sítidos em 14 CAPS descentralizados nas seis SER, que compreendem as seguintes categorias profissionais: artistas, assistentes sociais, enfermeiros, médicos clínicos, psiquiatras e neuropediatras, educadores físicos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos, pedagogos, massoterapeutas, auxiliares e técnicos de enfermagem, auxiliares administrativos, nos quais realizam atendimentos e atividades em saúde mental (FORTALEZA, 2011).

A Rede de gestão municipal conta ainda, além dos 14 CAPS – desses, 6 gerais e 6 “AD”, um em cada uma das SER, sendo um dos gerais recentemente transformado em CAPS III, dois CAPS infantis, um na SER III e outro na IV – , com 2 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), um na SER I e outro na SER V. Há, também, em funcionamento um Consultório de Rua, projeto em funcionamento temporário através de financiamento direto do MS, em que a cobertura populacional diz respeito à SER II, entendida como a região com maior número de moradores em situação de rua exposto a maior vulnerabilidade ao uso de álcool e outras drogas.

No campo das parcerias com movimentos sociais de saúde mental, universidades e institutos, registram-se os convênios celebrados com a Fundação Cearense de Pesquisa e o Movimento Social Bom Jardim, com atuações nos territórios da SER III e SER V, respectivamente.

As Ocas Comunitárias presentes no município de Fortaleza, no bairro Granja Portugal e no Bom Jardim (ambas na SER V), no Conjunto Palmeiras (na SER VI), atualmente não constam de financiamento próprio de modo que o Relatório de Gestão (FORTALEZA, 2011) evidencia que apenas a Oca do Bom Jardim tem financiamento, haja vista estar atrelada ao Movimento Social deste bairro, parceiro da gestão no tocante à Saúde Mental. Assim, nem a APS nem a SM é a responsável pela manutenção e viabilização do espaço. Destaca-se, ainda, que a Oca Comunitária do Pirambu pertence ao Projeto 4 Varas, ONG que não administra serviço público como o CAPS da SER VI, cossustentado pelo Movimento Social de Saúde Mental do Bom Jardim.

Assim sendo, podemos resumir os principais equipamentos de base comunitária da Rede de Atenção à Saúde Mental segundo a tabela abaixo, dividida segundo as regionais de Fortaleza:

Tabela 7 – Distribuição de equipamentos de base comunitária segundo as regiões de Fortaleza – 2011.

Equipamento	SER I	SER II	SER III	SER IV	SER V	SER VI
CAPS geral	1	-	1	1	1	1
CAPS AD	1	1	1	1	1	1
CAPS i	-	-	1	1	-	-
CAPS iii	-	1	-	-	-	-
Oca Comunitária	1	-	-	-	2	1
SRT	1	-	-	-	1	-
Cons. de Rua	-	1	-	-	-	-
Total	4	3	3	3	5	3

Fonte: Elaboração Própria.

A Rede de Saúde Mental municipal tem disparado início de processos, que são documentados no Relatório de Gestão supracitado, que tem movimentado os trabalhadores da rede da cidade. Os principais projetos que dizem respeito à ampliação da rede são: **Transformar o Caps do Tipo II da SER II em um Caps III - 24hs – na SER II;** Transformar o Caps AD do Tipo II da SER V, em um Caps AD - 24hs - Tipo III; Transformar o Caps AD do Tipo II da SER II em um Caps AD - 24hs - Tipo III; Implantar uma Emergência Psiquiátrica no Frotinha do José Walter; Implantar uma Unidade de Saúde Mental no Frotinha do José Walter com 20 leitos; Implantar uma CAT - Casa de Acolhimento Temporário, conforme portaria ministerial, com 20 leitos de acolhimento para usuários de drogas; Implantar um Centro de Convivência e Cultura em Fortaleza; Organizar a oferta de 12 leitos para internamentos psiquiátricos e desintoxicação na rede hospitalar de Fortaleza para crianças e adolescentes; **Implantar um Centro de Referência do Crack Intersetorial.**

Os itens em grifo, o primeiro e o último da lista, são os únicos serviços ou equipamentos que se efetivaram, recém-inaugurados, durante a confecção dessa dissertação. Todos os demais, fica evidenciado, que após a implementação em 2006 da Rede Substitutiva, não mais se ampliou a rede, sobretudo, conforme consta no Relatório de Gestão, pela falta de financiamento específico do Governo Federal. Tal fato evidencia que o governo municipal se detém ao pagamento das despesas correntes com recursos humanos apenas da atual rede.

Descrever criticamente como tem sido a postura em todo esse texto dissertativo, alguns recortes que apresentam a cidade de Fortaleza como campo de estudo e investigação, principalmente no que concerne à APS e sua interface com a SM, já evidencia alguns “nós” que podem estar às voltas da construção cotidiana das práticas de saúde. A dimensão territorial da cidade, a magnitude sócio-demográfica, o estado da organização da política de saúde na cidade e o que se tem estruturado de equipamentos promotores de saúde mental parecem ser propícios para o estudo que revele a construção cotidiana.

Evidenciar as práticas profissionais é relevante, sobretudo em uma postura qualitativa de pesquisa, que dá foco à construção dos significados às voltas do fenômeno estudado. Entretanto, tê-lo feito sem pincelar as “cores” do contexto seria permitir a análise interpretativa sem o devido *link* com o histórico e contextual. Sendo assim, agora podemos demarcar os marcos da pesquisa qualitativa e expor o percurso metodológico que permitiu o estudo sobre as práticas de SM promovidas pelos profissionais do NAS na ESF, em Fortaleza.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

Abordagem Metodológica e Tipo de Estudo

Para pesquisar o panorama de atividades que os profissionais no NASF realizam em seu âmbito de atuação, optamos pela metodologia qualitativa de pesquisa por entender que esta busca a compreensão do homem em relação aos fenômenos neles apreendidos (TURATO, 2003). Nesta abordagem metodológica, a análise do objeto de estudo se dá pelo desvelamento do fenômeno em foco, que por sua vez se dá por vias de atribuição de sentidos ao mesmo (LÉVY, 2001).

No âmbito da pesquisa em saúde, ainda acerca da pesquisa qualitativa, Nogueira-Martins e Bógus (2004, p. 48) a definem:

Diferentemente da pesquisa quantitativa, a qualitativa busca uma compreensão particular daquilo que estuda; não se preocupa com generalizações populacionais, princípios e leis. O foco de sua atenção é centralizado no específico, no peculiar, buscando mais a compreensão do que a explicação dos fenômenos estudados.

Isto não implica na falta de compromisso do pesquisador com a contribuição do entendimento do fenômeno pesquisado e a relação com demais fenômenos correlacionados. Pelo contrário, o método qualitativo desvela na pesquisa aquilo que é subjetivo, abordagem indicada, portanto, àquele fenômeno que não tende à quantificação ou objetivação. Como afirmam os autores acima, as técnicas qualitativas podem proporcionar uma oportunidade para as pessoas revelarem seus sentimentos (ou a complexidade e intensidade dos mesmos).

Seguindo as orientações de Turato (2005), lembramos que, quando optamos pela metodologia qualitativa no âmbito da saúde, em detrimento da pesquisa qualitativa nas ciências naturais³, não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. Daí a importância do conceito de significado, que diz respeito, segundo o autor, à operação psicológica imersa em contexto sociocultural de apreensão singular de dado fenômeno (manifestações, ocorrências, fatos, eventos, vivências, ideias, sentimentos, assuntos). Dessa forma, este conceito opera em função estruturante no método qualitativo no contexto da saúde: “em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas” (TURATO, 2005, p. 509), o que nos importa, haja

³ A busca qualitativa nas Ciências Naturais visa conhecer as “qualidades” físicas, químicas ou biológicas de seu objeto de investigação.

vista a necessidade, nessa pesquisa, de se conhecer as práticas cotidianas dos profissionais, a partir de seus próprios relatos.

Em consonância com a proposta que Cecilia Minayo elabora para pesquisa qualitativa em saúde, assumindo aqui uma postura epistêmica que dialoga com a autora, a estratégia metodológica segue uma linha de análise que relaciona e articula a hermenêutica e a dialética. Apesar de categorias filosóficas com marcadores epistemológicos distintos, enquanto “caminho do pensamento social”, convergem em suas “oposições complementares” (MINAYO, 2008).

A Hermenêutica busca a compreensão do sentido da comunicação entre os seres humanos, neste sentido, a compreensão é a principal categoria metodológica adotada. A compreensão, por sua vez, não é, no entendimento do filósofo Hans-Georg Gadamer, contemplação. A autoalienação na contemplação não aproxima o investigador da realidade histórica.

Por outro lado não é captar meramente as vontades os planos que as pessoas fazem, pois nem o sujeito se esgota na conjuntura em que vive, nem o que ele chegou a ser foi apenas fruto de sua vontade, inteligência e personalidade (MINAYO, 2008, p. 86).

A dialética inserida no próprio ato de compreender é o fato de que o sentido do peculiar é sempre resultante do contexto e, em última análise, do todo.

Ainda sobre a categoria operacional “compreensão”, faz-se necessário resumir que a estruturação geral dessa forma de abordagem, afirma Minayo (2008), atinge sua concreção na compreensão histórica, na medida em que aí se tornam operantes as vinculações concretas de costumes e tradições e as correspondentes possibilidades de seu futuro. Inevitavelmente, compreender também sempre está exposto a erros e a antecipações de juízos, de modo que só se alcança suas máximas possibilidades quando as opiniões prévias com as quais se iniciam não são arbitrárias.

Em termos práticos, nesta pesquisa a postura hermenêutica já está perpassada em algumas das páginas na medida em que os resgates históricos são colocados menos de forma descritiva, mas elaborando elementos conceituais que apontem as possibilidades de organização do fenômeno estudo. Assim, a coerência com a categoria compreensão foi reatualizada quando desse modo foi realizada a compreensão da realidade concreta dos profissionais sujeitos da pesquisa.

A dialética vai ao encontro da hermenêutica a partir de que é necessário o estranhamento para ativar a compreensão. Além disso, a leitura de que não basta conhecer e

compreender, coloca o imperativo da crítica como via de transformação da natureza e da realidade social (MINAYO, 2010). A dialética reinventada em Marx como método de transformação do real na medida em que o Ser em atividade muda a realidade, que por sua vez muda o Ser em um ciclo recíproco.

Em termos metodológicos, a categoria crítica (da dialética) opera através dos desvendamentos das relações múltiplas e diversificadas das coisas/fenômenos entre si; opera também com a problematização das “contradições internas no interior do fenômeno”: a tarefa dialética é compreender que cada coisa é um processo e, enquanto tal, um tornar-se. Nas contradições que cada coisa traz em si está a possibilidade de transformação (MINAYO, 2010).

Em termos operacionais, a postura dialética já está perpassada em algumas das páginas na medida em que os apontamentos sobre o que se tem em dados contextuais e já referido em práticas carregam em si contradições, mas, por isso, possibilidades de mudança: assim é o reordenamento da APS através da ESF, assim é a construção da Rede de SM. Ambas com processos contraditórios em que os profissionais são conduzidos a operar nelas e através delas. Assim, a coerência com a dialética foi reatualizada quando na análise lançou-se mão de postura crítica, desnaturalizante.

Por fim, sintetizamos a abordagem teórico-metodológica aqui adotada, filiada ao pensamento de Minayo, como uma busca da articulação das proposições de duas correntes do pensamento em um modo de operacionalizar e se beneficiar das discussões sobre o método em ciências sociais. De acordo com Minayo (2010), as obras de Habermas e Gadamer poderiam ser utilizadas para se buscar uma forma de objetivar a práxis de produção de conhecimento. A hermenêutica como a arte de compreensão, e a dialética como crítica da realidade social, portanto.

Campo investigativo e cenário de estudo

Nosso campo investigativo foi a Atenção Primária à Saúde (APS), especificamente a Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo o município de Fortaleza como o local do estudo/pesquisa. O cenário da pesquisa incluiu três CSF, nos quais as equipes multiprofissionais do NASF escolhidas eram lotadas.

Os CSF, unidades de saúde que possuem a Estratégia Saúde da Família como modelo organizador de demanda, realizam atividades de assistência, prevenção e promoção à saúde da população adscrita em determinado território de abrangência.

Foram escolhidas 3 (três) equipes de NASF nas SER I, V e VI (metade das existentes), uma em cada regional, cuja composição de profissionais contava com ao menos um psicólogo e/ou terapeutas ocupacionais (T.O.) atuantes nestes CSF. Estas duas categorias profissionais foram estratégicas porque, dentre as linhas estratégicas de ação do NASF, já apresentadas, na Saúde Mental, é proposto o psicólogo, T.O. e psiquiatra como indutores dessas práticas. O município de Fortaleza, entretanto, não tem médicos cadastrados no NASF, ao passo que as duas primeiras categorias citadas formaram o critério de inclusão na pesquisa.

A escolha das regionais referidas se deu intencionalmente, de modo a abarcar as regionais em que o pesquisador tinha acesso e circulação, haja vista a inserção como profissional da rede de saúde municipal nas Regionais I, V e VI. Além disso, as regionais apresentam características importantes em sua rede de SM e de APS. Quanto à Rede SM, são nessas três regionais que existem os serviços das Ocas Comunitárias e também em todas elas constam os CAPS gerais e AD. Na regional I e V existem os dois únicos SRT do município. Quanto à Rede de APS, nessas regionais estão as duas mais populosas.

As características demográficas das regionais selecionadas e sua referente aparelhagem de serviços que compõe a Rede de SM, de base comunitária, e da ESF, unidades de saúde e equipes que as compõe, são expostas no quadro a seguir:

Tabela 8 – Características demográficas e assistenciais das SER I, V e VI na SM e ESF de Fortaleza - 2011.

SER	Serviços de Saúde Mental					Estratégia Saúde da Família			
	População	CAPS II	CAPS ad	Oca Com.	SRT	CSF	ERSF	EqACS	Eq. NASF
I	363.912	1	1	1	1	12	36	18	3
V	541.505	1	1	2	1	20	63	18	6
VI	541.139	1	1	1	-	20	61	22	5
Total	1.446.556	3	3	4	2	52	160	58	14

Fonte: Elaboração Própria.

Ainda sobre o campo investigativo, entre o universo que o compunha, como apresentado acima, tínhamos nesses serviços um foco específico, que eram os profissionais do NASF. No período da pesquisa, entre julho e dezembro de 2011, segundo dados da Secretaria de Saúde, expostos em detalhes na Tabela 5, estavam presentes 25 equipes do NASF em Fortaleza com 183 profissionais. Nas SER's I, V e VI, como exposto, têm-se três, seis e cinco

equipes de NASF, respectivamente. Em relação aos profissionais que serviram em critérios de inclusão, os psicólogos e T.O's, estão, nessas regionais, em número de 11 e 12, respectivamente. Na regional I, conta-se dois psicólogos e dois T.O's; na regional V, com quatro psicólogos e seis T.O's; e na regional VI, cinco psicólogos e quatro T.O's.

Em Fortaleza, onde já há psicólogos compondo uma equipe do NASF, não há T.O. e vice-versa, já que assim foi um modo que a gestão municipal decidiu organizar a divisão de categorias na equipe multiprofissional. Os T.O's, por sua vez, ao comporem uma equipe, sempre estão em número de dois devido à sua carga horária que legalmente é regulamentada em 20 horas, metade da do psicólogo. Neste sentido, 14 equipes totalizavam as possíveis de serem os sujeitos participantes da pesquisa.

Sujeitos participantes

Os sujeitos participantes da pesquisa foram equipes de NASF, uma em cada uma das três regionais escolhidas (I, V e VI), compondo a tabela a seguir:

Tabela 9 - Distribuição dos profissionais participantes segundo sua categoria e Regional em Fortaleza – 2011.

Equipes NASF-Profissionais	SER I	SER V	SER VI	Total
Equipes	1	1	1	3
Fisioterapeuta	1	1	1	3
Psicólogo	1	1	1	3
As. Social	1	1	-	2
Farmacêutico	1	-	-	1
Educador Físico		1	1	2
Fonoaudiólogo	1	1	1	3
T. Ocupacional	-	-	-	-
Nutricionista	-	-	-	-
Profissionais	5	5	4	14

Fonte: Elaboração própria.

A aproximação com o campo foi o facilitador da elaboração do convite para os profissionais. Os membros das equipes, antes de realizarem os procedimentos da pesquisa, mais abaixo descritos, eram explicitados sobre os objetivos da pesquisa e apenas voluntariamente era aceita a participação. No capítulo 5, em que os resultados e discussões são expostos, descreveremos o perfil dos participantes, mas como características gerais dos sujeitos envolvidos salientamos a presença de todas as profissões que compõem o NASF de Fortaleza, exceto T.O's, que não poderiam, pela regra municipal, estar nas mesmas equipes

dos psicólogos, e a categoria nutrição, que só estava em 5 das 14 equipes possíveis de serem escolhidas e, coincidentemente, não compunham as equipes pesquisadas.

O pesquisador, sujeito em primeira pessoa desse texto, é profissional da rede de saúde de Fortaleza, atuando como psicólogo preceptor do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. O programa tem por objetivo o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) através da capacitação de categorias profissionais (a saber: enfermagem, odontologia, fisioterapia, serviço social, psicologia, nutrição), por meio da metodologia de ensino em serviço, ou seja, com aprendizado acontecendo por meio da prática profissional no cotidiano das unidades de saúde que pertencem à Estratégia Saúde da Família (ESF). A atuação no referido programa, como preceptor, tem por objetivo acompanhar profissionais de sua categoria, psicologia, durante o treinamento em serviço ao qual são submetidos os profissionais matriculados na Residência.

Tal papel me remeteu a uma inserção do pesquisador no campo da pesquisa, ao mesmo tempo em que o torna também profissional, apesar de função docente assistencial (distinta da técnica da ponta) da saúde mental na APS. A atenção, então, foi dupla, já que, como pesquisador, eu era também lembrado pelos profissionais como atuante do campo. A maior atenção que tive de exercer dizia respeito aos cuidados para não responder às dúvidas ou polêmicas geradas ao longo do processo de pesquisa, já que o papel de docência em serviço poderia ter criado um imaginário de detentor de razão no cotidiano de práticas de saúde, que combati e fiquei em alerta para não alimentar a essa expectativa.

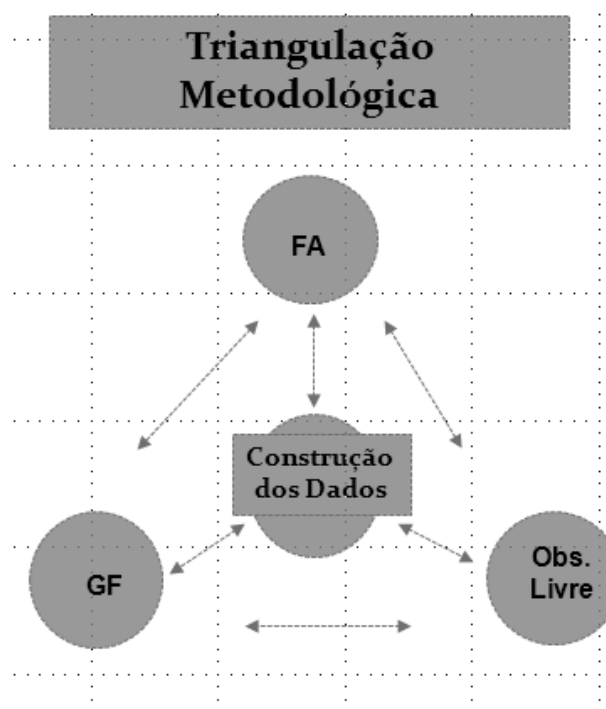
Técnicas e procedimentos para construção do material qualitativo: a triangulação metodológica

O processo de construção das informações, que serviu para nos fazer compreender o fenômeno a ser investigado, deu-se em torno da busca de material narrativo, portanto, com os significados também construídos. Esta construção resultou em um produto de texto – falado e simbolizado (mais à frente explicitado), pelos sujeitos pesquisados, ou escrito, pelo próprio pesquisador, como também descritos a seguir.

Utilizamos, para isso, a proposta de triangulação metodológica com o objetivo de combinar as técnicas de construção das informações em torno do objeto de pesquisa (MERCADO-MARTINEZ; BOSI, 2004), pois esta nos forneceu a possibilidade de realizar a investigação explorando diferentes visões e procedimentos, proporcionando mais estabilidade e rigor na aproximação com o objeto.

Em síntese, foram usados três técnicas para a construção dos dados na triangulação metodológica: A) o Fluxograma Analisador (FA) foi o indutor e (auto)analizador gráfico (REIS; DAVIS, 2010); B) o Grupo Focal (GF), um recorte de compreensão da coleta e construção de informações no campo grupal (KIND, 2004), ou seja, o método indutor da facilitação do FA; C) Observações Livres (OL) de campo, nas quais pude apreender também elementos não verbais, nos quais o foco foi identificar diferenças, contrastes e rupturas de sentidos, como aponta a literatura (MINAYO, 2010). A figura abaixo elucida a triangulação presente neste trabalho:

Figura 7 – Representação gráfica da Triangulação Metodológica.



Fonte: Elaboração Própria.

A seguir, apresentaremos a ferramenta de consolidação dos dados, a saber, o fluxograma analisador.

A) Ferramentas para construção das informações: a utilização do fluxograma analisador.

O fluxograma analisador surge como um modo de capturar, através do olhar dos próprios trabalhadores, o trabalho vivo em ato. Ele atua como um instrumento de autoanálise e de autogestão do processo de trabalho em saúde (BARBOZA; FRACOLLI, 2005).

A ferramenta do fluxograma é muito utilizada por diferentes campos de conhecimento, segundo Merhy (1997), com a perspectiva de, em modo gráfico (que pode ser um desenho), expressar o modo de organização de um conjunto de processos de trabalho, que se vinculam entre si em torno de uma certa cadeia de produção. Diz-se mais, o fluxograma é uma ferramenta muito usada para o estudo dos processos de trabalho em saúde (REIS; DAVID, 2010)

A figura abaixo representa, em síntese, os símbolos utilizados na confecção dos fluxogramas:

Figura 8 – Símbolos utilizados na confecção do Fluxograma Analisador.



Fonte: Reis e David (2010).

Nessa pesquisa, como o intento é compreender as práticas profissionais no seu cotidiano com o usuário em demanda de saúde mental, o fluxograma analisador, segundo a literatura (MERHY, 1997, 1998; BARBOZA; FRACOLLI, 2005; REIS; DAVID, 2010) pode ampliar a compreensão das equipes diretamente responsáveis pelo cuidado sobre como se desenvolve seu processo de trabalho cotidiano.

Segundo Barboza e Fracolli (2005) e Reis e David (2010), o fluxograma como ferramenta que se interroga os “para que?”; os “que?” e os “como?” do processo de trabalho tem por funções: Contribuir para o planejamento e reorganização do processo de trabalho; Analisar o modelo assistencial praticado por uma unidade ou equipe de saúde; Servir como banco de dados, já que expressa a memória dos trabalhadores; Revelar o processo de trabalho; Identificar os nós críticos do processo de trabalho; Disseminar o processo de autoanálise na equipe de saúde.

Assim, nos interessou a potência dessa ferramenta no que concerne a suas três últimas funções, já que nas práticas de cuidado em Saúde Mental na ESF foi estratégico conhecer o modo como se opera no cotidiano esse fazer e como podemos apreender esses processos na pesquisa. Dito de outra maneira, o fluxograma foi usado ao mesmo tempo que um produto (gráfico com síntese das práticas), também um disparador de reflexão (mote para o diálogo sobre a prática cotidiana).

Em termos práticos na pesquisa, as solicitações dadas aos profissionais pesquisados para a escolha dos casos que poderiam ser analisados a partir do FA foram três:

1- escolher um caso dentre os atendidos (casos de usuários e práticas reais) pela equipe, no qual detectassem uma demanda de “saúde mental”, tal qual caracterizassem essa demanda, sem prévia concepção do que poderia ser um caso com interface nesse campo – com foco, portanto, no que os profissionais entendiam como práticas de saúde mental; 2- quanto ao perfil do caso dentre aqueles da saúde mental, que pudessem ser aqueles que tiveram alguma interface com as ERSF e serem denominados multiprofissional – atendidos por mais de um membro da equipe NASF; 3- descrevessem as etapas do atendimento, de sua chegada até o momento atual ou finalização dos atendimentos.

A detecção dos casos, escolha dos mesmos e reflexões disparadas estão apresentadas no capítulo posterior. O material narrativo produzido nessa discussão foi organizado em termos de técnica de facilitação de grupo e de construção de material qualitativo nos termos do Grupo Focal, apresentados no tópico abaixo.

B) Grupo Focal como procedimento que favorece os processos grupais.

A apreensão do material discursivo ocorreu via Grupo Focal (GF), por compreender esta técnica, ou procedimento de compreensão dos fenômenos, conectada com as abordagens qualitativas no campo da pesquisa científica (KIND, 2004). Vale definir aqui o GF, a partir da leitura de Luciana Kind (2004), como uma entrevista em grupo que atende a fins específicos em dada investigação (AFONSO; COUTINHO, 2003; COLOGNESE; MELO, 1999; MINAYO, 1994 apud KIND, 2004). Esta autora (KIND, 2004, p. 126), ainda complementa que, “[...] nesta técnica o pesquisador tem a possibilidade de ouvir vários sujeitos ao mesmo tempo, além de observar as interações características do processo grupal”.

O Grupo Focal se ancora em marco teórico-metodológico desenvolvido por autores das teorias do campo, como Pichon-Rivière (2000). Para este autor, o GF é compreendido como um grupo que se organiza em torno de uma tarefa específica, a qual se caracteriza na pesquisa como o fornecimento de informações acerca de um tema previamente determinado. Entretanto, como complementa Bleger (1980), ao longo do desenvolvimento do grupo se produzem conflitos, problemas e recursos que são considerados em função dos próprios objetivos propostos.

Assim, é dado ao Grupo Focal, de viés operativo, caráter processual e que define no próprio processo grupal as reflexões e sentidos acerca do objeto de análise da pesquisa. Destacamos que este tipo de técnica produz conhecimentos não resultantes da acumulação de mudanças individuais, mas sim de mudanças ocorridas num plano relacional (ARAÚJO; ARCOVERDE; LIBARDI, 2008).

Atenta-se, também, nesta perspectiva metodológica, para a capacidade dos sujeitos de se transformarem através de sua própria reflexão a ação, inserindo, desta, forma esta metodologia no rol da pesquisa de cunho interventivo, dito de outra maneira, na categoria de pesquisa-ação ou pesquisa intervenção (ARAÚJO; ARCOVERDE; LIBARDI, 2008).

Salienta-se que, neste método qualitativo, baseado na construção dos dados⁴ na própria implicação do pesquisador com o objeto ou fenômeno estudado, o pesquisador e sua subjetividade fazem parte da construção metodológica. Ou seja, outra característica dessa pesquisa de perspectiva qualitativa é a concepção de “pesquisador-como-instrumento” (TURATO, 2003). Isto significa que o pesquisador elabora intelectualmente sentidos e significações dadas observadas *in loco*, e seu papel se diferencia do grupo por ele assumir, assim, uma função de crítica, ou seja, “[...] sua função é provocar reflexão, trazer a dúvida, problematizar o que está naturalizado (tido como verdadeiro, eterno e imutável), denunciar as contradições [...]” (ANDALÓ, 2001, p. 9 apud ARAÚJO; ARCOVERDE; LIBARDI, 2008).

As dificuldades e obstáculos intrínsecos ao método são relativos e referem-se ao potencial de reflexão e ação que ele é capaz de acionar em cada um dos sujeitos pesquisados no grupo. A introdução de debates e temas pode gerar mal-estar no grupo, o que, em consequência, pode ser suficiente para desarticular o grupo dado o teor afetivo daquele conteúdo para o mesmo. De outro lado, pode ainda resultar em “baixas” individuais, ocasião na qual, para um determinado sujeito, lidar com certas questões é por demais fonte de sofrimento. As baixas podem se expressar na abstenção do sujeito nas discussões promovidas pelo grupo ou mesmo pelo seu interesse em saída em dado encontro (ASCHIDAMINI; SAUPE, 2005).

Para melhor condução dos GF, existe a figura do moderador e do observador. Segundo Debus (1997 apud ASCHIDAMINI; SAUPE, 2005), o moderador é um facilitador do debate e, como tal, não deve expressar acordo ou desacordo com pontos de vista expressos pelos componentes do grupo, além de não dever atuar como professor, como juiz ou como chefe. Enfim, o moderador experiente deve adaptar-se ao estilo dos participantes. Este papel foi ocupado por uma psicóloga, com experiência prévia em facilitação de GF, previamente inteirada das questões de pesquisa.

Já o observador é quem deve cultivar, segundo autor supracitado, a atenção, além de auxiliar o moderador na condução do grupo e tomar nota das principais impressões verbais

⁴ Optamos pela escolha do termo construção, em detrimento de “coleta” de dados, baseando-nos na perspectiva, apontada por Cintra (2005 apud GOYA; RASERA, 2007), de que cada pesquisador constrói seus dados a partir de sua implicação no campo, além dos paradigmas seguidos e opção metodológica.

e não verbais. Portanto, o observador, ocupado por mim, autor principal da pesquisa, ficou atento à aparelhagem audiovisual e executou o trabalho de síntese e análise.

Antes de seguir ao último elemento da triangulação, a observação livre, descrevemos abaixo em mais detalhes os procedimentos e caminhos seguidos durante o GF, esperando deixar claro para o leitor a montagem dos GF e FA.

Desenvolvimento da construção dos dados: confecção dos fluxogramas analisadores nos Grupos Focais

Aschidamini e Saupe (2005) e Kind (2004) orientam, a partir de revisão de literatura sobre a técnica de grupo focal, que os critérios de constituição dos grupos devem ser coerentes com os objetivos da pesquisa, entretanto, algumas diretrizes devem ser consideradas para a formação dos mesmos. Em relação à **amostra**, como se trata do tipo intencional, os critérios (sexo, idade, escolaridade, diferenças culturais e outros) puderam variar, devendo, todavia, ter um traço em comum importante para o estudo proposto, neste caso, portanto, o critério será ter formação em nível superior, atuante no SUS, especificamente na ESF como membro de equipe de NASF, podendo ser variável o sexo, idade e instituição de formação.

Ao total dos seis GF realizados (dois em cada regional com a mesma equipe), foram envolvidos 14 profissionais, como descrito acima nos item “sujeitos da pesquisa”. No GF da SER I, havia cinco profissionais; No GF da SER V, havia quatro profissionais; No GF da SER VI, seis profissionais. O número de participantes do GF foi condizente, portanto, com autores de referência (ASCHIDAMINI; SAUPE, 2005; KIND, 2004), que preveem grupos entre 4 e 12 membros.

A **participação no grupo** foi de livre e espontânea vontade por parte dos sujeitos pesquisados. Para manter contato com os profissionais, mesmo com a minha inserção no campo, foi formalizado e apresentado projeto de pesquisa à Secretaria Municipal de Saúde, órgão responsável pelo vínculo com trabalhadores, e autorizado andamento da pesquisa. A partir daí, os mesmos foram contatados via telefone e, de acordo com a possibilidade, apresentado o convite para participação do grupo pessoalmente.

As **informações obtidas** a partir da técnica do FA foram registradas em papel madeira e escritas em blocos de notas do pesquisador, ao que foi solicitada autorização para tal antes mesmo do início produção do dado, na etapa de convite para a participação da pesquisa. Autorizados os registros, lavrou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de pesquisa científica (APÊNDICE).

O **número de sessões de coleta**, como descrito acima, foi de dois encontros com cada grupo, também em consonância com a literatura (ASCHIDAMINI; SAUPE, 2005; KIND, 2004). Os critérios de término de tarefa ou de esgotamento de tema são os mais usados para o delineamento do número de sessões, sendo, nesta pesquisa, o primeiro critério o motivador das duas sessões em todos os GF.

O **local dos grupos** seguiu a indicação da literatura citada (ASCHIDAMINI; SAUPE, 2005; KIND, 2004), que preconiza propiciar privacidade; ser confortável; estar livre de interferências sonoras; ser de fácil acesso para os participantes. Assim, para a SER I, os profissionais em livre iniciativa sugeriram o auditório de uma dos CSF visitados e lá foi realizado o GF. Na SER V, o lugar escolhido também pelos profissionais foi um equipamento da comunidade (uma ONG ligada a uma organização religiosa), parceiro do CSF da área. Na SER VI, o local do grupo foi uma sala ampla de um dos CSF onde a equipe atua, também em pactuação com os sujeitos pesquisados. O tempo das sessões variou entre 60 minutos e 120 minutos, sendo a média 90 minutos.

Quanto à **condução do grupo** ou à condução da discussão, segundo Kind (2004, p. 127), é dividida em cinco etapas, a saber: preparação, conjunto do debate em grupo, encerramento do grupo, questões posteriores à avaliação do grupo, ação posterior. Estas etapas foram fundamentais para a facilitação destes grupos, e cada uma delas teve seus objetivos, sendo as três primeiras com todos os membros do grupo presentes e as duas últimas etapas operacionais de avaliação realizadas apenas pelo moderador e observador (um deles, o pesquisador).

Como dito, foram duas sessões de encontro para cada grupo. Em primeira sessão, será elaborado o “desenho” do FA do processo de cuidado em saúde mental dos usuários referenciados pela equipe. O primeiro encontro, portanto, teve por objetivo a construção conjunta do FA, de modo que se destacou a diversidade de práticas presente nas especificidades profissionais em suas regionais e CSF.

No segundo encontro, foi realizada a discussão da problemática da pesquisa, através da conversa sobre o FA construído. O objetivo foi desdobrar o desenho do fluxo específico dos usuários de saúde mental até chegar àquele profissional e o que ele faz com a demanda após o início de sua intervenção: nuances, arranjos, acordos, dificuldades, potencialidades. A contribuição da equipe multiprofissional do NASF que ali atua, as intervenções das equipes de SF e a interface do NASF e SF, a utilização dos recursos terapêuticos do CSF, da comunidade, de outras instituições ou setores foram os focos das conversas do segundo encontro.

Em ambos os encontros, a postura de facilitação do GF teve como intuito fomentar que os diversos profissionais percebessem seu trabalho, a fim de identificar características próprias do trabalho em saúde desenvolvido no campo da saúde mental e que pudessem percebê-la livre de julgamento.

O passo a passo da condução, segundo as fases descritas acima (preparação, conjunto do debate em grupo, encerramento do grupo, questões posteriores à avaliação do grupo, ação posterior), encontra-se no quadro a seguir:

Quadro 1 – Roteiro utilizado nas sessões dos Grupos Focais da pesquisa “NASF e a ESF: Saúde Mental na APS?” em Fortaleza – 2011.

Sessão / Etapa	Preparação	Debate em grupo	Encerramento	Avaliação	Ação Posterior
Definição conceitual	Participantes se apresentam, ou se saúdam caso já não seja o primeiro encontro. O objetivo é estabelecer ambiente propício para troca.	Moderador permite que o debate transcorra de forma espontânea. O objetivo aqui é explorar temática tratada de forma gradativa em complexidade.	Requer a exposição, de maneira sintética, da discussão promovida pelo grupo. Pode-se tirar as dúvidas. O objetivo é consolidar os sentimentos do grupo.	Discussão posterior ao grupo focal envolve a análise de implicações do moderador em relação à pesquisa e ao grupo.	Na avaliação dos resultados, esta etapa visa verificar se as necessidades de informação foram satisfeitas, se são necessários mais grupos
1ª sessão	Dinâmica de apresentação dos membros. Ambiente integrativo	“Desenho” do fluxograma da referida Unidade de atuação de cada profissional e o fluxo específico dos usuários de saúde mental até chegar aquele profissional.	Exposição dos diversos fluxogramas e análise das semelhanças e diferenças	Análise implicativa. Anotar percepções e afetos durante a facilitação.	Planejamento de temas a serem abordados no próximo encontro, a partir do modo que expuseram o fluxograma.
2ª sessão	Dinâmica integrativa.	A contribuição da equipe multiprofissional do NASF que ali atua, as intervenções das equipes de SF e a interface do NASF e SF, a utilização dos recursos terapêuticos do CSF, da comunidade, de outras instituições ou setores.	Exposição de síntese do que o facilitador percebeu e esperar reação do grupo.	Análise implicativa. Anotar percepções e afetos durante a facilitação.	Planejamento de temas a serem problematizados em análise do material construído nas sessões.

Fonte: Elaboração própria.

Ainda em relação à condução dos GF, tínhamos como perguntas disparadoras de debate para o primeiro encontro dos três grupos: 1 - “Quais casos que envolvam algum cuidado em saúde mental, conduzido pela equipe, que vocês destacariam?” e 2 - “Qual desses casos vocês escolheriam para mais tempo de debate?”. O FA seria expresso graficamente,

portanto, segundo a escolha dos profissionais. A escolha, por sua vez, já foi fruto de análise e discussão, mais à frente exposta.

Como perguntas disparadoras para as segundas sessões de cada um dos Grupos, havia: 1 - “O que faz um caso ter adesão por parte da equipe do NASF?”; 2 - “Quais os momentos que decidem como conduzir e o que fazer com o caso?”; 3 - “Quais as situações que vocês percebem em que é preciso discutir o caso em equipe NASF e com ERSF?”; 4 - “Quais outras práticas nas conduções dos casos de SM vocês destacariam?”, 5 - “Como a rede aparece nesse e em outros casos?”. Essas perguntas dialogam diretamente com os objetivos específicos da pesquisa e têm interface com as categorias teóricas usadas na dissertação, posteriormente exposta.

C) Observação Livre

Já que assumimos como condição do método qualitativo que o pesquisador, ele próprio, seja um instrumento de pesquisa (LÉVY, 2001; TURATO, 2003; MINAYO, 2010), a composição da construção do material qualitativo não seria completa sem as Observações Livres (OL). Segundo Minayo (2010), a Observação pode ser considerada parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa, ao passo que alguns autores tornaram-na método em si mesmo. Não aprofundaremos aqui esse debate por fugir do nosso objetivo dissertativo, mas o consideraremos como modo de construir dados de modo estratégico na pesquisa qualitativa em saúde.

Muitos autores consideram a observação um artifício essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa (MINAYO, 2010; VÍCTORA, 2000), uma vez que explora elementos que não podem ser apreendidos por meio da fala ou da escrita. Para Triviños (2006), as aproximações iniciais com o objeto, entendidas como “contemplanção viva” do fenômeno, são partes constituintes da pesquisa dialética, uma vez que ajudam a identificar diferenças, contrastes e rupturas de sentido.

Em definição, a “observação” quer dizer um processo pelo qual se mantém a presença do pesquisador numa situação social, com finalidade de realizar uma investigação científica. “O observador está em relação de face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no cenário cultural, colhe dados. Assim, o observador é parte do contexto de observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por esse contexto” (SCHWARTZ; SCHWARTZ, 1955, p. 355 apud MINAYO, 2010, p. 274).

Nos termos de alguns autores da pesquisa em saúde, realizaremos uma “observação controlada e sistemática” (LAKATOS; MARCONI, 2010). Essa é a observação

que se inicia desde o primeiro momento de inserção no campo até o fim da pesquisa. Nesse sentido, é justamente a aproximação que permite conhecer em profundidade o contexto dos sujeitos pesquisados. Entretanto, salientamos que nesta pesquisa, apesar da semelhança operacional com o que aponta Lakatos e Marconi (2010), expressamos essa observação como livre.

O registro das experiências e observações decorrentes da imersão no campo foi realizado com o auxílio de instrumento fundamental para análise crítica implicativa do pesquisador: trata-se do diário de campo (LÉVY, 2001; MINAYO, 2010). O diário de campo refere-se a um instrumento de anotações sobre a pesquisa em duas ordens (na especificidade dessa pesquisa): a notas implicativas, na qual são narrados os fatos encontrados naquele cotidiano observados do ponto de vista afetivo, já que o autor faz parte do campo de pesquisa. Por outro lado, é realizada a anotação dos conteúdos observados, que trata de uma tentativa de construção teórica a partir das falas, ao que se produz o exercício de reflexão teórico-prática sobre o conteúdo visto em campo. A implicação do pesquisador no campo é entendida como consequência da inserção do autor no campo, comprometido com a atenção voltada aos sujeitos, e perpassa as anotações do diário de observações.

Ética em Pesquisa

A presente pesquisa foi norteada pelas diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos, previstas na Resolução N^o 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde. Foi registrada na Plataforma Brasil sob o número de CAAE 04470112.3.0000.5054 e aprovada pelo CEP-UFC através do Parecer Consubstanciado 121.750 de 2012 (ANEXO).

Observamos os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos: autonomia, não maleficência, justiça e beneficência. Buscamos contemplar a autonomia através do esclarecimento da voluntariedade da pesquisa, da possibilidade de desistência a qualquer momento e abster-se de responder quando assim lhe convier. Quanto ao princípio da não maleficência, asseguraremos aos participantes que não sofrerão nenhum prejuízo, resguardando o anonimato dos mesmos.

Análise do Material Qualitativo

De acordo com Minayo (2010), o objetivo da análise de dados na pesquisa qualitativa é dar respostas às perguntas, hipóteses e pressupostos, elaboradas ao longo do processo de pesquisa. Utilizando-se de métodos e técnicas para ultrapassar o olhar imediato e espontâneo em busca da compreensão de significações e de estruturas latentes, desvendando a lógica interna subjacente às falas, aos comportamentos e às relações.

Em abordagem qualitativa se compreende diferentes métodos de análise, como a análise de conteúdo, a análise do discurso e a hermenêutica dialética (ALENCAR; NASCIMENTO; ALENCAR, 2012). Neste trabalho, por compreender que a técnica de análise do material empírico não é separada da abordagem teórico metodológica, e pela filiação à postura crítica-compreensiva presente desde as primeiras linhas até o delineamento do percurso metodológico, está centrada na hermenêutica-dialética o conjunto de técnicas para análise do material empírico.

Assim sendo, nossa análise do material qualitativo, segundo os apontamentos de Minayo (2010), seguiu esse referencial: a realidade para a perspectiva hermenêutica se faz através da relação entre a liberdade, a necessidade, a força e a consciência histórica, já que elementos de categorias filosóficas fundantes. Enquanto na perspectiva dialética, o significado, símbolo, e vivência são balizas do pensamento, portanto presentes na postura crítica diante da compreensão (MINAYO, 2010).

De acordo com esse referencial, existem dois níveis de análise, os quais seguimos: (1-) Determinações Fundamentais: contexto sócio-histórico do grupo em questão. Neste primeiro momento, são elaboradas as Categorias Analíticas. A partir de relações abstratas e mediadoras para a parte contextual. Foi, nesta perspectiva analítica adotada, considerado o referencial teórico utilizado em SM na APS, sistematizado anteriormente. (2-) Encontro com os fatos empíricos: encontrar nos relatos dos pesquisados o sentido, a lógica interna, as projeções e as interpretações.

Este nível foi dividido em duas etapas: (i-) Ordenação dos dados; e (ii-) Classificação de dados. Nesta etapa, foram elaboradas as Categorias Empíricas e as Categorias Operacionais a partir do material de campo, contendo e expressando relações e representações típicas.

O primeiro processo, entretanto, o de categorização analítica, visou à superação de um dos obstáculos em pesquisa qualitativa, que é a “Ilusão da transparência” (MINAYO, 2010), em que ocorre uma tentativa de interpretação espontânea e literal dos dados como se o

real se mostrasse nitidamente ao observador. Nestes casos, a familiaridade com o campo de estudo pode ser perigosa, e como esta se trata de pesquisa em que o pesquisador está inserido no meio, é fundamental este processo.

O segundo processo, categorização empírica, se propôs a evitar que o pesquisador sucumba à magia dos métodos e das técnicas, esquecendo-se do mais importante, que é a fidedignidade à compreensão do material e a referência às relações sociais dinâmicas e vivas. Assim, a observação do que emerge do material coletado, fragmento da realidade, foi fundamental para a imbricação do processo de teorização com a realidade.

As categorias empíricas surgiram, primeiro, a partir do processo de leitura flutuante dos dados, em que se ressaltava os principais aspectos e pontos discutidos nos grupos; em seguida, pelo processo de impregnação da leitura, finalizado com a ordenação dos dados segundo temas e, posteriormente, de classificação que respeitava os processos e dinâmicas que envolviam as categorias analíticas.

Conforme aludimos em outros momentos, as observações livres também foram submetidas à análise na pesquisa, de modo que compreensões dos significados, explícitos e implícitos, nos registros das ações observadas durante as visitas, puderam ser analisadas em conjunto com os depoimentos contidos na elaboração dos FA e GF. A integração das diversas informações provenientes deste estudo esteve fundamentada nas discussões anteriormente colocadas sobre o conceito de triangulação, o que tornou possível a ampliação dos diversos elementos constitutivos do fenômeno estudado e permitiu coerência com a abordagem teórico-metodológica adotada.

Assim, segue a categorização, na próxima parte da dissertação, em que, junto aos eixos de análise, serão evidenciados os resultados com sua inseparável discussão. A elaboração dos eixos e categorias de análise já é parte dos resultados e das discussões e por isso se encontra e todo o seu processo de construção na próxima parte, junto com os capítulos de discussão do material construído.

Parte III

Esta terceira parte da dissertação apresentará os resultados da pesquisa empírica, descrita em seu percurso metodológico no capítulo anterior, em dois capítulos que têm mera divisão didática e organizativa, diante dos três eixos analíticos desvelados na pesquisa, haja vista que os resultados e discussões fazem parte de um mesmo todo que a construção dos dados permitiu captar da realidade.

Em virtude da complexidade do objeto de estudo, optamos por uma estratégia de exposição dos resultados construídos em uma oscilação entre as transcrições dos diálogos dos Grupos Focais, anotações de campo e gráficos dos Fluxogramas Analisadores com o aparato conceitual e teórico-metodológico que fundamentou este estudo. Assim, almejamos fazer jus à filiação ao campo hermenêutico-dialético de análise dos dados.

Nesta pesquisa, obtivemos 24 laudas de Diários de Campo, 8 horas e trinta minutos de gravação de GF, as quais foram transcritas transformando-se em 145 laudas de material escrito, e 3 gráficos de FA. Assim, no que tange à análise desse material, cabe salientar que buscamos valorizar, na apresentação dos resultados, falas evocativas referentes a determinados aspectos abordados, de modo que não só os consensos nos interessaram, mas os dissensos e sentidos construídos por eles. O material, no entanto, não foi só narrativo, como dito anteriormente, sendo as observações e contradições expostas em diálogo com os diários de campo e analisadas através do FA.

Bem como em outras pesquisas qualitativas em saúde (SANTOS; 2012, UCHIMURA; 2010), tendo em vista o reconhecimento de peculiaridades nas distintas categorias profissionais que compõem as equipes NASF, advertimos que, em alguns momentos do trabalho, apontaremos, nos discursos de alguns profissionais, peculiaridades relativas à categoria da qual fazem parte, confluindo, assim, para uma distinção entre nuances das profissões. Entretanto, neste trabalho não teremos por objetivo discriminar – valorativamente – as categorias profissionais participantes do estudo, mas sim levar em consideração as especificidades decorrentes do processo histórico de constituição das categorias profissionais que, segundo Bosi (1996), provocam repercussões nos processos de trabalho e produção do cuidado em saúde.

Os discursos provenientes dos GF aparecem apenas registrados a partir do grupo do qual foram extraídas as falas – GRUPO I, GRUPO II, GRUPO III –, haja vista possibilitar ao leitor a relação das falas com o Grupo e Caso discutido, além de garantir preservar a identidade do profissional em questão. Assim, quando a profissão for citada, o próprio profissional participante do grupo referiu-a. Ao usarmos a técnica do GF, assumimos a premissa de que os discursos elaborados pertenciam ao grupo e, por isso, não só consensos

são importantes, mas também os dissensos, de modo que eles serão analisados como fenômeno do mesmo grupo (KIND, 2004; ARAÚJO; ARCOVERDE; LIBARDI, 2008).

Com o material qualitativo construído, elaboramos as categorizações respeitando o percurso descrito no capítulo anterior. As categorias emergiram após a densa leitura do material e após cruzamento com os objetivos da pesquisa. Produziram três eixos de análise, aos quais se enquadraram as categorias teóricas e empíricas (transformando-se em analíticas) do estudo, expressas no quadro abaixo:

Quadro 2 – Eixos de Análise e suas respectivas categorias de análise.

Eixos de Análise	Categorias de Análise
Processo de Trabalho do NASF	Fluxos da atenção na ESF
	Organização do cuidado no NASF
	O Cuidado em questão
Práticas em SM na APS	Arranjos Organizacionais em SM
	Apoio a ERSF
	Apoio a Rede
O inédito e o viável em SM na ESF	“Esse caso é de NASF”
	“Esse caso não é de NASF”

Fonte: Elaboração própria.

O eixo “Processo de Trabalho do NASF” emergiu na dissertação em decorrência da técnica do FA adotada que, ao expressar graficamente os percursos da atenção despendida aos usuários, produziu reflexões críticas e autoanalíticas sobre os “Fluxos da atenção na ESF”, “Organização do cuidado no NASF” e o “Cuidado em questão: autoanálises disparadas pelo Fluxograma Analisador”, na atuação das práticas de SM na APS.

Com a riqueza do material produzido, optamos por separar em um capítulo (Capítulo 5) à parte, para uma melhor fluidez do texto sistematizado, aquilo que foram os resultados e análises da construção desses FA em cada um dos Grupos. Apesar do capítulo não se encerrar em si, ele é capaz de produzir um início, meio e fim a respeito do Fluxograma Analisador como processo de autoanálise do cuidado em saúde mental na ESF.

O eixo “Práticas em SM na APS” emergiu, indubitavelmente, como resposta ao objetivo dessa pesquisa. Descrevemos algumas das práticas de Saúde Mental desenvolvidas pelo NASF, através da categoria “Arranjos organizacionais de SM: Uma reinvenção cotidiana do processo de trabalho” e articulamos aos modos que se estabelecem os apoio através das

categorias “Apoio as ERSF” e “Apoio à rede”, às quais articulamos o arcabouço teórico sobre as atuações do NASF já descritas anteriormente.

No eixo “O inédito e o viável em SM na ESF” permitimos a aparição das categorias empíricas que emergiram ao longo da pesquisa. Aquilo que pareceu ser as caracterizações dos casos de NASF (“Esse caso é de NASF”) e os que não eram possíveis de serem conduzidos (“Esse caso não é de NASF”) foram se delineando com o desafio do NASF nas práticas de SM na ESF. Como as equipes compreendem o papel inédito no qual estão inseridas e a viabilização do cuidado, o torná-lo viável, foi a principal discussão compilada neste eixo.

Com este material sistematizado, com resultados e discussões em conjunto, optamos por separar em outro capítulo (Capítulo 6) os dois eixos acima, já que transcenderam os mapas expressos nos fluxogramas e ampliaram a análise do material na direção das narrativas dos profissionais, como aposta de que eles respondem aos objetivos específicos da pesquisa e evidenciam aquilo que emergiu: “Da organização do trabalho na ESF às Práticas de SM - o inédito e o viável em SM na APS” fará o caminho do NASF na SM.

5. FLUXOGRAMA ANALISADOR COMO PROCESSO DE AUTOANÁLISE DO CUIDADO EM SAÚDE NA ESF.

Segundo a literatura (BARBOZA; FRACOLLI, 2005; REIS; DAVID, 2010), o fluxograma como ferramenta de pesquisa serve para interrogar os processos de trabalho através do estabelecimento de fluxos de atenção. Neste eixo de análise, interessou a potência dessa ferramenta no que concerne a conhecer o modo como se opera no cotidiano da prática e como podemos apreender esses processos na pesquisa.

Apresentamos, inicialmente, nesse eixo, o fluxo assistencial que os casos escolhidos pelos profissionais tomaram. Para isso, apresentamos a construção gráfica do fluxograma e o debate por eles realizados durante as reflexões sobre a escolha do caso e as ações nele despendidas. Sistematizamos, no segundo momento, como se estabeleceu a organização do cuidado diante das escolhas e desdobramentos dos casos, sobretudo na relação com a ERSF, com a Rede de Saúde Mental e outras Redes. O processo de autoanálise disparado pelo FA, que rendeu muitos minutos de debates, foi apresentado no último momento: reflexões sobre o caso que cada grupo escolheu e reflexões que o método provocou na sistematização das práticas, através da categoria “Cuidado em questão: autoanálise disparada pelo Fluxograma Analisador”, em que o Modo Psicossocial de Cuidado (COSTA-ROSA, 2003) sintetizou a vertente crítica da discussão.

Inevitável iniciarmos esse capítulo com um detalhamento do perfil dos profissionais que compuseram os três grupos (em suas seis sessões). Das seis categorias profissionais presentes na pesquisa, temos a seguinte distribuição de profissionais: três Fisioterapeutas, Psicólogas e Fonoaudiólogas, duas Assistentes Sociais e Educadores Físicos e uma Farmacêutica. Desse grupo, dois homens e doze mulheres. O Grupo da SER I (denominado GRUPO I), composto por cinco profissionais (todas as categorias acima, menos educador físico); o Grupo da SER V (denominado GRUPO II), por cinco profissionais (todas as categorias menos a farmácia) e a SER VI (denominado GRUPO III), com quatro profissionais (fisioterapeuta, psicólogo, educador físico e fonoaudióloga).

Os profissionais se inseriram nos CSF do município de Fortaleza em 2009, com exceção de uma profissional, que chegou apenas em 2011. No ano de 2009, os profissionais chegaram entre julho – mês de implantação – e outubro, sendo dez em julho, um em setembro e um em outubro. Todos os profissionais são contratados por meio de uma Organização Social, IDGS (Instituto de Desenvolvimento de Gestão em Saúde), que terceiriza os trabalhadores da saúde municipal. A admissão aconteceu sem concurso ou seleção pública,

havendo uma forte influência dos vereadores da cidade na indicação dos cargos ocupados na gestão pública da cidade⁵. O regime jurídico-trabalhista que os rege é a CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas).

Todos que foram admitidos em julho de 2009 passaram por um curso introdutório promovido pela SMS de Fortaleza. Os demais passaram por um curso específico sobre mortalidade materno-infantil facilitado por um grupo de São Paulo, curso este que foi alterado durante a sua realização devido à demanda dos profissionais de conhecer a experiência do NASF paulista.

Um relato dos profissionais relata o episódio, significativo para eles:

Eles falaram sobre o NASF e foi interessante. E mais interessante ainda: quem mandou foi o Ministério da Saúde e a própria Secretaria de Saúde não sabia sobre o curso e quando o curso praticamente ia começar, então não foi nenhuma coisa que a Secretaria de Saúde fez uma gestão pra que isso acontecesse, e o que foi mais marcante foi quando eles falaram das ferramentas do NASF e aí a gente entrou no pensamento de NASF e como anda (GRUPO III).

Os profissionais relatam que a falta de formação é um dos grandes problemas do NASF municipal. Para ilustrar, demonstram que, em algumas situações, o curso introdutório foi a única formação para o NASF que eles tiveram:

[...] a gente fez esse curso realmente de quarenta horas. Antes de entrar no NASF todo mundo passou por essa capacitação, então foi a única formação em termos de saúde da família, saúde pública que eu tive (GRUPO I).

Os profissionais têm diferentes origens. Alguns da Saúde Pública em outras áreas, como a Saúde Mental, e outros da Educação, como em escolas e projetos de saúde na escola. Alguns profissionais vieram da iniciativa privada e um deles estava sem atuar na sua categoria há um ano. Todos os profissionais têm entre 4 e 13 anos de graduado. Seis estão com especialização em saúde pública ou saúde da família em curso e cinco já tinha especialização em outra área.

Abaixo, iniciamos a discussão específica da primeira categoria de análise do trabalho, o Processo de Trabalho do NASF. Relembramos os símbolos que são usados na construção gráfica dos FA: a elipse representa as entradas ou saídas do caso; o retângulo, o cardápio de ofertas e/ou setores das intervenções; o losango representa o momento em que se

⁵ Informação que a SMS de Fortaleza nega, afirmando haver seleção “interna”, mas já exposto à mídia em diversas ocasiões, como disponível em: <<http://blogs.diariodonordeste.com.br/roberto/fortaleza/vereador-apresenta-audio-que-aponta-pressao-contra-terceirizados-para-apoiar-candidato-de-luizianne-lins/>>. Acesso em: 29 dez. 2012.

tomam decisões. Assim, começamos a exposição da categoria “Fluxo de Atenção” com os casos expostos nos Grupos I, II e III.

5.1 Fluxos da Atenção na ESF

Um problema inicial que a construção dos fluxogramas já trouxe foi a necessidade de escolher um dentre tantos outros casos em que as equipes participaram da condução. Na discussão inicial, inclusive, evidenciaram outros casos que poderiam ser escolhidos e debatidos em profundidade. Em um dos grupos, foi expressa verbalmente a problemática:

Porque assim ficou um pouco difícil da gente colocar um caso que todo mundo tenha participado. Porque, às vezes, quatro participaram, três participaram, dois, né. Tem muitos casos que é a [psicóloga] e a [fisioterapeuta], e outros eu, [assistente social] e a [psicóloga] (GRUPO II).

A escolha, então, teve algo em comum nos três casos: serem denominados multiprofissional – quer dizer, com necessidade de olhar e intervenção de diversas categorias profissionais; ter sido necessário intervenções intersetoriais – ou seja, no manejo do caso, além de ser necessário a intervenção de outras instituições, os casos caminharam a partir do cuidados estabelecidos com essas redes; ter alguma interface com as equipes de referência – partir da ERSF, embora, como está exposto abaixo, nem todos tiveram um diálogo próximo com ela.

O modo de negociação no grupo, anunciando a escolha baseada nesses parâmetros, segundo as suas próprias construções, se expressa na escolha do caso do Grupo I:

Eu vou falar, mas eu acho que vocês tem outros casos também de família que vocês podem tá colocando. Porque é uma paciente que a médica aqui desse posto me encaminhou por problema com queixa vocal, uma rouquidão muito severa e ela ficou mais de um ano em acompanhamento comigo, mas não teve resultado até que eu decidi encaminhá-la pro Quatro Varas e ela começou a trabalhar com a massoterapia e com grupo de auto estima, de terapia comunitária e ela começou a ter uma melhora (GRUPO I).

Acima se expressam a multiprofissionalidade, a intersetorialidade e o entrelace com a equipe de referência (CAMPOS, 1999).

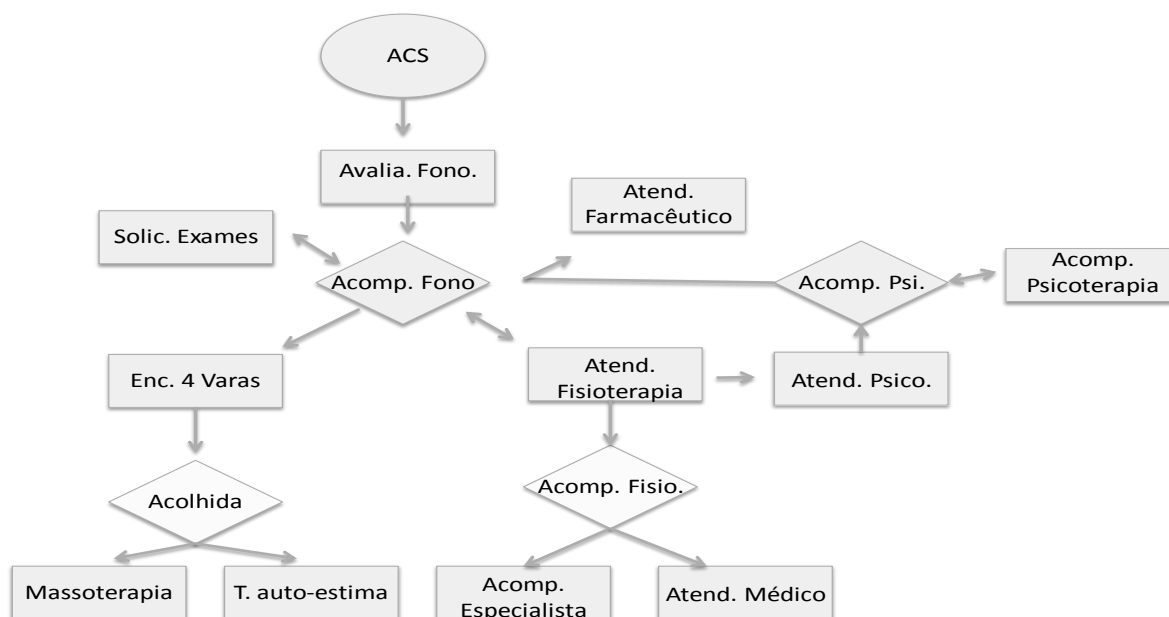
Diante das escolhas, passamos para a construção dos fluxos que os casos tomaram a partir das possibilidades de ação que as Equipes do NASF propunham. Expomos abaixo cada um dos casos através de breve sinopse e, em seguida, voltamos ao debate de todos.

No Grupo I, o caso escolhido tratava-se de uma usuária com queixa vocal recebida pela fonoaudióloga, encaminhada pela ACS (que pedira avaliação) e que não teve

êxito do tratamento até que o caso teve uma intervenção da rede comunitária de cuidado e o cuidado compartilhado com equipe multiprofissional.

O FA abaixo representa o produto do primeiro grupo – o caso da “usuária com queixa vocal”:

Figura 9 - Fluxograma Analisador do Grupo de Profissionais I.



Fonte: Elaboração própria.

O início do fluxo se dá quando a ACS da área da usuária referida pede avaliação de sua voz antes da consulta médica. A partir daí, o caso é conduzido entre atendimentos individuais da fonoaudióloga, solicitações de exames complementares intermediados pela médica da área e consultas médicas esporádicas, como descrito pela profissional:

Quando eu recebi pedi logo a laringoscopia porque eu percebi que tinha realmente um problema vocal, aí quando ela voltou a gente começou a fazer o acompanhamento. O acompanhamento que a gente realiza no nosso NASF é aquele acompanhamento bem voltado pra autorresponsabilização do paciente. Então a gente atende pelo menos de quinze em quinze dias, uma vez a cada quinze dias ou mais, vai depender do paciente também, mas ela ficou. Aí assim, ficou fazendo exame e ia pra doutora Germana pra ela tá acompanhando, tá passando a medicação porque ela tem refluxo também e pra tá fazendo outros exames, a questão da dor no ombro e aí, só que ela passou mais ou menos um ano assim comigo, mas sem resultado, aí foi quando ela foi pro Quatro Varas (GRUPO I).

Após um ano de condutas e o caso não ter êxito, a fonoaudióloga decide mudar de estratégia e ampliar o cuidado para a rede comunitária: o Projeto Quatro Varas – equipamento no bairro fortalezense do Pirambu em que são realizadas atividades de terapias integrativas e

complementares, como Terapia Comunitária, Terapia de Resgate de Autoestima, Massoterapia, além da presença de rezadeiras e benzedadeiras e presença de farmácia viva. O Quatro Varas teve papel fundamental no cuidado à usuária e mostrou que a equipe conta com este projeto não governamental como parceiro das práticas de saúde mental. A profissional descreve seu encaminhamento para a usuária:

Eu encaminhei achando até que ela não ia, porque ela não fazia nada que eu pedia nem os exercícios, mas aí quando ela voltou - ela passou um tempo quase um mês nessa época - e quando ela voltou, ela já voltou com outra fisionomia e com a voz muito melhor. Aí eu tomei um susto e nem eu sabia o que era e disse assim: - Valha! O que foi que aconteceu? Aí ela: - Eu tou indo pro Quatro Varas. Aí pra mim ficou muito claro que não era voz o problema dela quando ela mesma conseguiu reconhecer que por tá indo pro Quatro Varas tava melhor (GRUPO I).

Depois de aproximadamente um mês de encaminhamento, a usuária retorna com uma melhora “surpreendente”, descrita acima. O processo de cuidado é conduzido de outro modo e o vínculo entre usuária e profissional muda significativamente. Mesmo os encaminhamentos que precisavam continuar sendo realizados (como no caso de solicitações de exames complementares, retorno de consultas médicas e possível atendimento psicoterapêutico) foram colocados à disposição do cuidado em um outro caminho.

O caso, então, é compartilhado também com a fisioterapeuta da equipe que, após algumas consultas/atendimentos, encaminha para o tratamento especializado na área. A partir de então, a paciente já seguia os encaminhamentos. A usuária continuava com diversas queixas que faziam necessário longo acompanhamento de diversos profissionais, e com caminhos sempre tortuosos para os segmentos dos tratamentos. O caminho seguido pela usuária com a fisioterapeuta da equipe também merece ser relatado:

Eu tava vendo que ela [a usuária] tava com essa queixa aí me encaminhou. Aí quando eu fiz uma avaliação dela e passei umas orientações pra ela tá fazendo em casa, aí quando ela voltou pra mim ela disse que não tinha melhorado e que tinha sentido - acho que pelo fato da inflamação - e ela ter colocado as compressas, ela tava dizendo que tava sentindo uma dor mais forte. Aí eu peguei e mudei a orientação e pedi pra ela evitar o gelo e fazer só a compressa morna e tudo e a pomada, [...] e quando ela voltou pra mim ela disse que tinha sentido um pouco de alívio, mas aí eu preferi, pela gravidade da situação, que não ia resolver só dessa forma e eu fiz o encaminhamento pra uma clínica especializada, né. [...] Então ela conseguiu, graças a Deus, as dez sessões de fisioterapia numa clínica, [...], então ela começou realmente melhorar com os aparelhos, né, que a gente não tem aqui (GRUPO I).

Em um dos retornos ao atendimento médico é sugerido o encaminhamento para a psicóloga, ao passo que, no mesmo sentido, a fonoaudióloga – que virara referência de cuidado da usuária – também havia sugerido. A fonoaudióloga refere à cena de convencimento para que ela fosse ao atendimento com a psicóloga:

Como a doutora [médica] mandou, ela já veio querendo porque ela queria ir, na verdade, pro psiquiatra. Queria que a doutora encaminhasse pra passar um remédio pra ela, aí eu conversei com ela e ela começou a expor as questões dela e aí já pode logo em seguida marcar com a psicóloga (GRUPO I).

Mas, assim como com as demais profissionais, conduzir o caso não era simples. A psicóloga relata:

[No início do acompanhamento psicológico,] falou: - Me dê remédio! - E assim, a única coisa que ela queria, era: - Doutora a senhora não acha que eu preciso de medicação? - E aí eu questionei se ela realmente queria falar sobre ou se ela queria esconder isso na medicação, e ela disse que era mais fácil. Ela falou que, tanto que hoje ela diz que ela fala muito da vida dela, mas ela fala de uma forma muito 'linear', [...] 'sem envolvimento'. [...] Tanto na que na última sessão que a gente fez eu pedi pra fazer um diário da vida, e assim, realmente, quando ela escreve, ela realmente faz esses questionamentos que ela mesma não se dá conta, e no momento que ela leu foi a primeira vez nas sessões que ela realmente chorou, porque ela viu o estilo de vida que ela sempre teve, porque pra ela é normal (GRUPO I).

A usuária passou ainda pela farmacêutica para orientação de medicações, prescritas pela médica de referência, no que diz respeito aos cuidados de seu sobrepeso. Atualmente, a usuária é acompanhada pela psicóloga do NASF, que realiza atendimentos sistemáticos de acompanhamento da mesma, além de atendimentos com a fonoaudióloga, que não visa apenas, segundo ela, a “cura da rouquidão”. Há em pendência um encaminhamento para a clínica-escola da universidade pública que conta com esse serviço, mas ainda sem retorno.

Dentre as diversas questões que se destacam no caso, a referência do cuidado ter sido protagonizado pela equipe NASF, especialmente a fonoaudióloga, chama a atenção inicialmente. Não por outro motivo, o gráfico desse primeiro FA expressa certa circularidade em torno da profissional, já que ela conduzia a terapêutica e diálogo com outros profissionais, mesmo os da equipe de referência, e outros setores.

Ainda a respeito do fluxo da atenção, é cabível constar que se trata de um caso de “saúde mental” mais típico de APS, em detrimento dos casos de adoecimento grave e persistente - notadamente casos de intervenção do CAPS -, em que a equipe conseguiu dialogar com as redes não formais de saúde (Projeto Quatro Varas), sem desresponsabilização. Entretanto, tantos outros elementos são suscitados pelo caso, como as práticas de atenção despendidas, os modos como se organizaram os momentos de encontro para se pensar o caso e a relação com a equipe de referência, além da reflexividade promovida pelo caso, esses são discutidos mais à frente.

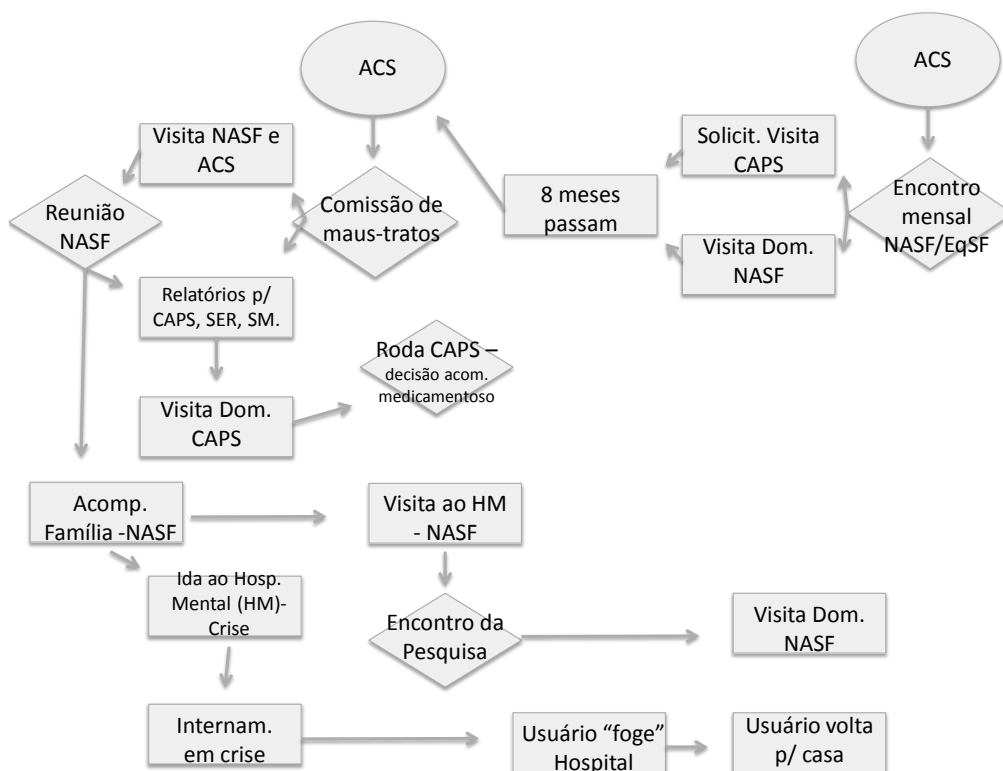
No Grupo II, o caso escolhido tratava-se de um caso de cárcere privado, que chega através do ACS na comissão de maus-tratos, da qual o NASF faz parte, desenvolvido no CSF.

O caso começara 8 meses antes da data dos últimos acontecimentos relatados à época da pesquisa. Através dos encontros que o NASF conseguia estabelecer, à época, com as ERSF, mensalmente, o ACS havia relatado a existência de um usuário com transtorno mental e que vivia isolado em sua casa, recebendo visitas esporádicas do CAPS e com internações frequentes. O NASF realiza visita e produz o primeiro relatório do caso solicitando intervenção do CAPS e colocando-se à disposição para auxílio àquilo referente à APS.

O caso já era conhecido há um tempo por alguns profissionais do CSF, mas a intervenção começa, de fato, então, 8 meses depois, quando a ACS, dentro da comissão de maus tratos – na qual existem vários profissionais, equipes e mesmo a Pastoral da Criança da comunidade – relata o caso. A partir de então, a equipe discute e decide um conjunto de intervenções que vão ficando claras ao longo da condução, do fluxo do caso. As intervenções interdisciplinares e intersetoriais são desenvolvidas na medida em que a equipe de apoio (NASF) se apropria do caso, se tornando mais referência que a ERSF.

Trata-se de um rapaz de 26 anos que, na situação, vivia preso em grades, sem recursos materiais dentro da casa, ou cômodo, de sua moradia, com indícios de que é vítima de violência do pai – com alcoolismo interrogado – e com vínculo com a mãe – que, contraditoriamente, negligenciava cuidados ao filho e também era suspeita de ser vítima de violência doméstica sofrida pelo marido. O segundo FA, abaixo, representa o produto do Grupo II – “caso de cárcere privado com sujeito em sofrimento psíquico”:

Figura 10 - Fluxograma Analisador do Grupo de Profissionais II.



Fonte: Elaboração própria

O caso já se apresenta em sua demanda, reiteradas vezes exposta pelo ACS, com necessidade de suporte da Rede de Saúde Mental – especificamente o CAPS –, inclusive, os relatos afirmavam histórico anterior de internamento psiquiátrico frequente. Por se tratar de egresso psiquiátrico, o CAPS já tinha papel no caso, mas sem maiores intervenções conjunta com a APS. O marco do caso, portanto, é a pouca retaguarda assistencial. O relato abaixo confirma:

A queixa [era] que o CAPS nunca mais tinha ido lá, porque o CAPS vai e aplica a injeção mensal além dos comprimidos que ele toma diário. Quando nós chegamos lá, peguei o número do prontuário, a gente conversou com a família e tava o pai, tava a mãe, só lembro deles dois nesse dia. [...] Ligamos pro CAPS falando da situação que ele tava trancado. [...] Quando foi mais ou menos na semana seguinte não demorou muito não, veio uma pessoa pra constatar a situação e depois foi agendado a consulta dele, aliás a injeção, aí foram e aplicaram a injeção, então a assistência que ficou pra nós era: o CAPS ia lá e aplicava a injeção mensalmente e isso a gente viu que o CAPS tinha ido e ficou por isso mesmo, né. Ficou por isso mesmo (GRUPO II).

O caso teve um fluxo em que o manejo do vínculo foi estratégico para condução:

A agente de saúde aos poucos ela foi criando esse vínculo e já foi tendo coragem de contar um pouco mais da situação dela, aí falou que ele [o pai do usuário] agredia,

que ele bebia muito e assim pediu sigilo porque se ele soubesse que alguém estava sabendo ele ia ficar mais agressivo, aí a gente foi lá pra poder conversar (GRUPO II).

Estabelecido os primeiros passos, com a constatação de que a ACS tinha vínculo com a família é que a equipe foi, então, realizar a visita domiciliar. Quando a visita foi realizada, a cena de violação de direitos humanos e de exclusão típicas dos casos de cárcere por transtorno mental se configurava, conforme o relato:

Nesse dia nós fomos lá conversamos com ela [mãe do usuário], ela não falou muito, ela se abriu pra [ACS] e com a gente ela já não se abriu muito. Mas o que a gente viu foi o seguinte: - ‘ele tá acorrentado desse jeito’. Abriu muito em relação à violência e o que ela disse, mas também outras coisas: que o [usuário] fazia as necessidades fisiológicas num balde e que chegava a ser de quinze em quinze dias [a limpeza] e só quem abria aquele cadeado era o pai, então ele só fazia quando o pai abria; o banho chegava a demorar de vinte dias a um mês e ele era colocado do lado de fora acorrentado nos pés e acorrentado nas mãos e o banho não era dado banheiro, o banho era dado no corredor e os vizinhos todos podiam ver, porque é uma vila (GRUPO II).

Em outra visita, pode-se constatar o “clima” em que se vivia no domicílio, de modo que o usuário em questão parecia estar oprimido pelos pais. O relato abaixo, da assistente social da equipe NASF, indica algumas percepções sobre a casa:

Parece que ela [a mãe] fala muito alto e aí o pai também, quando tá embriagado ele já chega falando alto e isso já deixa ele [, o usuário,] em pânico e já começa a ficar agitado assim que ele percebe quando o pai chega dessa forma porque sabe que ele tá embriagado e quando ele tá embriagado ele automaticamente agride, né, bate muito [no usuário] (GRUPO II).

A psicóloga dá mais detalhes sobre o modo defensivo como o usuário se porta e com possibilidade de interação. Na visita, a profissional já intervém no que percebe:

A mãe tem que esconder o cadeado, aí a gente pediu pra que, eu digo: - Oh, ele lá convive com todo mundo. Ele se levantou, eu achei tão lindo e quando ele se levantou pra sair. Ele se levantou e ficou na minha frente e me deu a mão pra sair, sabe assim numa cordialidade, numa tranquilidade. E falei isso pra eles, se eles tavam vendo isso, por que, qual é o objetivo? Eles verem com os próprios olhos e acreditar que o [usuário] fora de casa tinha outra possibilidade de comportamento fora daquela dali: - Vocês não tão vendo? (GRUPO II).

Uma das questões centrais no caso foi a possibilidade de internação em hospital psiquiátrico para a dita “proteção” do usuário frente à situação que enfrentava em seu domicílio. A equipe do NASF sugeria, em um relatório produzido e encaminhado à coordenação regional da SM – como consta dentre as ações ofertadas no FA 2 (figura 10) – a internação em hospital psiquiátrico, e a equipe CAPS, em reunião interna, mantinha a

proposta de continuidade dos cuidados como vinha fazendo – através de visita e controle do uso da medicação psicotrópica.

Sugerimos que ele fosse internado pra poder a gente ter a condição de trabalhar a família pra ter condição de receber o Francisco de forma diferente. Algumas pessoas lá no CAPS nessa reunião contaram que discordaram e queria que a gente trabalhasse sem essa necessidade de internação, só que o médico também concordou em internar (GRUPO II).

A psicóloga lembra, em sua narração da história do caso, que o CAPS chegou a fazer reunião de discussão de caso, internamente à equipe, para decidir sobre o caso:

Eles foram fazer a visita, ver a realidade, depois que eles viram a realidade foi que eles levaram e fizeram a discussão do caso foi que estabeleceram o plano terapêutico. Porque onde teve a discussão interna ou não interna, qual o procedimento que vai ser feito, isso aí foi à margem da gente. A gente solicitou que fosse feita a internação, solicitou não, sugeriu (GRUPO II).

A diferença da proposta de condução terapêutica do caso, distintas por parte do CAPS e NASF, distanciou a possibilidade de ação conjunta mais articulada. Para a equipe do NASF (especialmente a psicóloga), a postura tinha uma justificativa:

Se ele se comporta de forma pacífica no hospital, por que em casa ele é tão agressivo? Que fosse trabalhado isso com a família também [durante a internação] no hospital (GRUPO II).

Ao longo do processo, o usuário entra em crise e a família opta por levá-lo mais uma vez ao hospital psiquiátrico, onde é internado. Diante do fato concreto, mesmo sem uma ação concatenada com o CAPS ou coordenação de Saúde Mental da regional – ativada no caso pelos relatórios enviados –, o NASF segue com intervenções no âmbito da abordagem à família:

Na casa dele ele [usuário] dorme no chão. Aí a gente sugeriu, como o pai dele trabalha com essa parte de construção civil, aconselhou, que ele fizesse uma cama de alvenaria porque aí não ia correr risco dele quebrar e se machucar ou machucar outra pessoa. E colocasse um colchãozinho, pintasse o quarto, botasse uma foto dele na parede, deixasse pra ele sentir acolhido e já perceber uma diferença assim que chegasse percebendo o ambiente. E assim eles disseram que iam fazer. A questão da grade também, tentar colocar a grade de uma maneira que essa grade pudesse passar um tempo aberta e se percebesse que a família ia correr algum risco, fechasse (GRUPO II).

Fato curioso na condução deste caso é que, ao ser realizada a primeira sessão do Grupo Focal para escolha e debate do caso, as ações haviam se encerrado com esta configuração de fatos: usuário próximo da saída do internamento, conjunto de visitas domiciliares multiprofissionais executadas, vínculo com equipe construído progressivamente

e articulação com CAPS ainda sem progresso. A partir daí, a pesquisa passa a fazer parte do fluxo de atenção do caso: os profissionais tomaram notícia que o usuário havia fugido do hospital, que havia sido encontrado e que retornaria para casa. Decidia-se, então, no encontro da pesquisa realizar mais uma ação - visita domiciliar multiprofissional.

O seguimento do caso, entretanto, é sucedido de caso fatídico: o usuário foi agredido fisicamente no hospital em que estava internado, repetindo o ciclo de agressão que ele já vinha sofrendo no próprio domicílio, e caindo por terra a ideia que ele estaria protegido por uma internação. Na visita realizada uma semana após o encontro da pesquisa, com assistente social, educadora física, psicóloga e agente comunitária de saúde para a acolhida do retorno do usuário da internação, tiveram o relato da mãe do usuário:

- 'ó minha filha aqui não melhorou foi nada, aqui as coisa fizeram foi piorar de certa forma, porque ele bebeu e fez foi me agredir'. Aí o que ficou pelo menos na minha cabeça é até que ponto a vida do [usuário] não vai continuar a mesma, né. Onde será que nós vamos encontrar um apoio pra tirar o [usuário] dali, aí tira, aí bota num hospital pra ele apanhar? Sabe, apanha em casa e apanha no hospital (GRUPO II).

O caso, dessa forma, permanece inconcluso, como são os casos de APS - longitudinais e duradouros. Entretanto, as questões em aberto foram claramente os motivadores do debate do caso, da escolha dele para análise do FA. A violência doméstica que a mãe do usuário sofre ainda está em processo de início de abordagem, o alcoolismo do pai encontra-se em situação de impossibilidade de diálogo, haja vista o não reconhecimento dele da importância da equipe – ausência de vínculo. O usuário, ainda vivente de uma situação de violação de direitos, é desafio para as ações do NASF, ERSF, CAPS e outras redes.

Dentre as diversas possibilidades de questões que podem ser levantadas a partir do caso, nos detemos àquelas referentes ao fluxo da atenção tomado pelo caso, conduzido pelo NASF. Primeiro, comentamos que se trata de um caso com eminente necessidade de intervenção direta e dialogada por parte do CAPS. Um caso emblemático entre aqueles nos quais a Reforma Psiquiátrica disparou ações ao longo da história e que representa a necessidade de superação do modelo asilar como método de cuidado ao usuário em sofrimento psíquico.

Entretanto, a perspectiva de cuidado presente no NASF ainda abordava a necessidade do Hospital como um elemento estratégico para o enfrentamento à violação de direitos presente no caso, fato que a própria realidade fez questão de evidenciar: o hospital psiquiátrico violou o direito do usuário, sua dignidade.

As abordagens ao caso foram difíceis, relata a equipe, e permeadas de surpresas, como no fato do próprio usuário querer ser internado em hospital psiquiátrico (nada descontextualizado frente à situação em que vivia no lar). O usuário não tinha diagnóstico definido, segundo os profissionais do NASF, e a única queixa familiar traduzível em termos sindrômicos era o comportamento heteroagressivo.

A equipe denunciou também as tentativas de mediação do caso através da Regional de Saúde e da coordenação da SM nesta Regional, fato que não havia sido efetivado. Ainda dizem que, mesmo quando o CAPS foi acionado, em nenhum momento a equipe do NASF foi chamada para a participação da condução. Isso se releva pelo fato da equipe do CAPS ter realizado estudo de caso daquele usuário e família e não ter convocado o NASF, o que deixou a equipe aparentemente contrariada. Assim, é possível entender como um profissional da APS, ao lidar com atenção em SM, ainda conte com o hospital psiquiátrico como “recurso terapêutico”.

O FA revela, por uma lado, a estagnação do caso por 8 meses e a necessidade de retomá-lo, que apareceu pelo mesmo canal – o ACS –, seja quando a estratégia de organização do fluxo era a reunião mensal, seja com a comissão de maus-tratos. Por outro, o caso, ainda em estado inconclusivo, evidencia a pesquisa, o GF e construção do FA como parte dele, para refletir as ações e redimensionar as práticas.

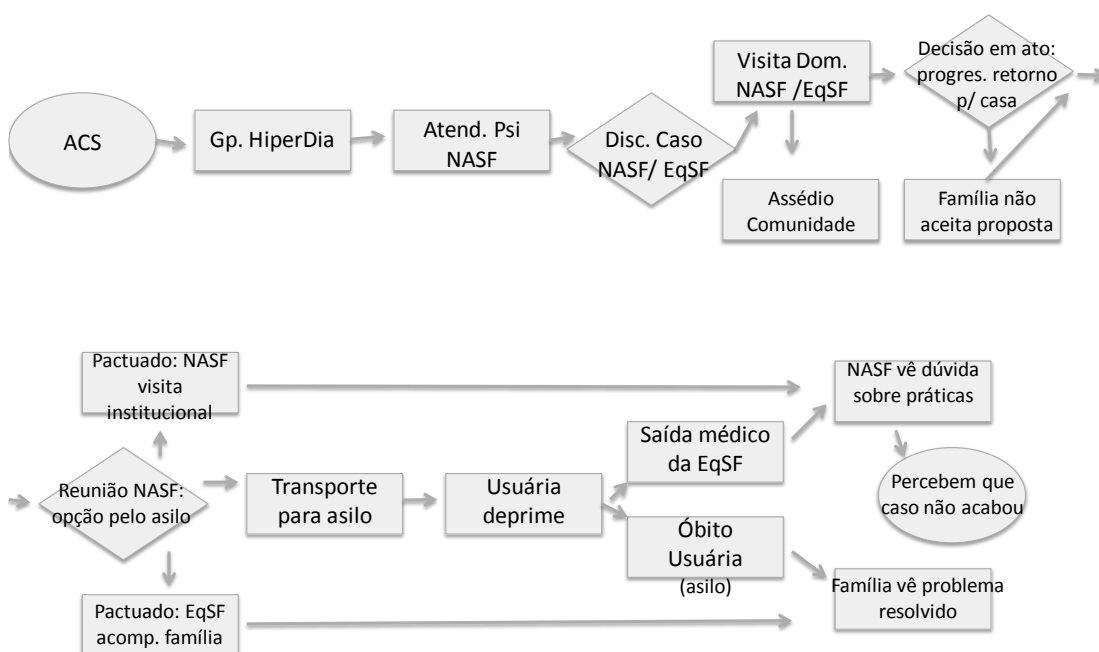
No Grupo III, o caso escolhido referia-se a um caso de cárcere privado com uma idosa em estado demencial. Tratava-se de uma idosa que morava com a filha, numa casa pequena com vários filhos, genro (esposo da filha citada) e uma das netas casadas, com filhos (bisneto da idosa) morando no mesmo lar – a idosa, entretanto, em uma casa aos fundos, um lugar com muita circulação de pessoas. A idosa em questão, ao longo do tempo, foi demenciando e, entre os comportamentos presentes correlacionados ao adoecimento, tentava fugir, andar a esmo, além de apresentar desorientação no tempo e espaço com memória alterada e atenção reduzida. Segundo os profissionais, a filha, com intuito de protegê-la, optou por trancar as portas, retirar objetos de onde ela residia, e tirar utensílios, como pia e privada, do cômodo onde ela se instalava.

No caso, um grande questão era latente: a filha, cuidadora da usuária idosa escolhida no caso, era membro de trabalho voluntário com presos – encarcerados do sistema penal - mantinha a própria mãe em cárcere privado. A mesma filha era participante de atividades de grupos comunitários, dentre eles, grupos que o NASF participava (como a Terapia Comunitária realizada em uma igreja católica da área), e jamais deixara claro o que

acontecera com a sua genitora. A neta tinha grande influência na casa e não gostava da avó frequentando os espaços da casa.

O terceiro FA, abaixo, representa o produto do Grupo III – “o caso do cárcere privado com idosa”:

Figura 11 – Fluxograma Analisador do Grupo de Profissionais III.



Fonte: Elaboração própria

Em detalhes de seu fluxo de atenção, os profissionais relatam que o caso veio através da ACS da área, que levou o caso no dia em que é realizado o grupo do “Hiperdia” – atendimento programático dos Hipertensos e Diabéticos da área – e conversou com a equipe NASF ao fim do grupo. Já levava a filha da idosa no dia seguinte, após a conversa.

A ACS trouxe [o caso], por conta da reclamação [da comunidade], já. Eu tou lembrando também que ela [a filha] foi um dia pro grupo, depois (GRUPO III).

Outra profissional relembra: “No outro dia do grupo ela já foi lá pra falar contigo [referindo-se a psicóloga]”. A estratégia inicial para acolhida do caso, após primeiro momento com usuária (filha da usuária em destaque no caso), foi uma visita domiciliar, relata a psicóloga:

Depois dessa conversa com a filha foi que a gente decidiu que iria ter uma visita lá na casa né, então teve a discussão do caso. Entre NASF e estratégia saúde da família, PSF (GRUPO III).

Na visita domiciliar, as primeiras percepções. O lugar de moradia era insalubre, como no relato:

[...] local é sujo, é fétido, o vaso sanitário como não podia ter. Não tinha vaso, era um buraco no chão, então não tinha a mínima condução de vivência, de sobrevivência na verdade (GRUPO III).

O caso teve a participação da comunidade de modo muito peculiar, já que o caso, como descrito, chamava a atenção e gerava ira dos moradores pelo modo como a idosa vinha sendo tratada. Os profissionais explicam como chegaram à visita:

Pra visita fomos [Assistente social, psicóloga, enfermeira e agente de saúde]. A equipe toda, mas pra não chamar muita atenção da população a gente ficou dentro do carro, na verdade. A gente viu o pessoal se amontoando e disse: - 'Não, se a gente descer todo mundo...'. Porque eles queriam que a gente agisse que chamasse a polícia (GRUPO III).

Continuam o relato:

Na primeira visita o que a gente orientou foi: - 'você tá vendo o que tá acontecendo...'. Orientar. E aí, muito interessante, que quando a gente chegou que a gente entrou na ruazinha todos os vizinhos vieram - 'olha, isso é um absurdo' (GRUPO III).

No mesmo tempo em que foram realizar a visita à casa da idosa, já foram visitar a filha, cuidadora da referida senhora:

Quando nós fomos fazer a visita [a cuidadora], a filha dela [da dona casa, neta da usuária em questão], que morava com ela, e que era casada, ela não suportava a ideia de que a avó morasse com eles. Então ela que mandava na mãe. Disse que não era pra receber a mãe dela. Então o nosso processo que era tentar trazer essa senhora pra o convívio da família foi absolutamente [faz gesto de negativo]... (GRUPO III).

No ato da visita, já começaram algumas abordagens no sentido de orientação de retorno gradual da idosa ao convívio dos demais membros da família:

A gente viu as condições, orientou essa passagem, esse retorno dela pra casa. O dia de visita caiu numa sexta e aí a orientação foi: - 'Tentem nesse final de semana, aos poucos, levar pra casa, passar uma tarde. E aí foi terrível porque essa filha foi totalmente contra e não queria. E aí na segunda, terça-feira a gente já soube que ela não poderia ficar nessa casa por causa da filha (GRUPO III).

Diante da negativa da abordagem por parte da família, a equipe mudou a postura e decidiu trabalhar com a possibilidade de abrigar a idosa em um asilo. Relatam que a assistente

social da equipe (ausente na pesquisa) foi uma forte impulsionadora da intervenção, entretanto, não conseguia articular, fazendo com que a equipe, mesmo em dúvida, tomasse a tarefa e executasse:

Acho que demorou umas duas semanas até se conseguir a vaga, e a assistente social também não soube como articular. Tive que dar todos os telefones pra ela e fazer toda a facilitação até que a gente conseguiu. Quando a gente chegou lá é um ambiente de tristeza, né (GRUPO III).

O caso, então, caminhou conforme articulado. A equipe providenciou carro para transporte da idosa, articulou a ERSF na iniciativa, acompanhou a família no dia da internação da usuária na instituição. Entretanto, a equipe relatou de modo fúnebre a ação e o espaço:

Quando nós chegamos lá, aquele ambiente de total tristeza. Aquela senhora foi entrando e aquela situação terrível, né. E a filha totalmente sem afeto dizendo: - 'Vai ser bom pra ti, vai ser melhor pra ti.' E ela já num estado de demência falando coisa como: 'Onde é que eu tou? Que quero voltar pra minha casa.' Aquela situação terrível, né. E aí nós voltamos (GRUPO III).

Diante do asilamento, a equipe ainda tentou esboçar um acordo com a família no sentido de um acompanhamento longitudinal à família e mesmo à idosa. Relatam, na cena do dia da internação, suas tentativas de acordo com a família:

[Na visita foi] a família e junto com a família foi a psicóloga, a enfermeira e a assistente social. Chegando no asilo aquela despedida fria. Com promessa de visita mensal, pelo menos uma visita mensal (GRUPO III).

No acordo, eles diziam que iriam manter a equipe informada e com possibilidade de visitas. Relatam que: “sempre a equipe procuraria saber se as visitas estavam acontecendo, a equipe da estratégia [ERSF]” (GRUPO III).

Mas relatam que a família não demandou a equipe e, mesmo no acompanhamento à idosa, ficaram sabendo que não aconteceu: “[Foram] uma ou duas vezes, aí ela apresentou um quadro de depressão. Ela chegou a ficar acamada, deixou de andar” (GRUPO III). Depois de três meses de asilamento, veio o óbito.

Refletem, também, que a dificuldade de chegar junto à família e mostrar suporte ou outras possibilidades que não fossem o asilamento foi dificultada por outra perda: a saída do médico da ERSF.

[...] a equipe ficou sem o médico né, que antes ele era bem atuante, era aquele médico saúde da família mesmo, e ele como se desestimulou total... (GRUPO III).

Relatam sua mudança e depois saída, uma narração também de perda, assim como entendida a morte da usuária:

Era aquele médico que chegava e que batia nas suas costas, que brincava com o paciente e que dava toda atenção e num determinado momento ele se fechou e não queria mais saber. Ele tava ali por obrigação: - 'É a minha função e eu vou fazer como médico' [o atendimento aos usuários do serviço, em relação ao seu trabalho na ESF] (GRUPO III).

A perda do profissional da equipe de referência, no meio do processo de condução do caso relatado, desmotivou a equipe na continuidade do cuidado. Como relatam os profissionais, para a família, a morte foi um fato e mesmo um alívio, de modo que não houve mais necessidade de busca da equipe de saúde por nenhuma demanda. Já os profissionais de saúde NASF e mesmo a ACS da equipe de referência sentiram que o caso não foi encerrado, mesmo com a morte da usuária.

A sensação de caso inacabado parece emergir em dois sentidos: primeiro, a família continuar na área e a prerrogativa da longitudinalidade do cuidado fazem com que os profissionais pensem que ainda está lá uma família que carecia de intervenções no seu sistema relacional; segundo, o conjunto de intervenções desenvolvidas pelos profissionais no fluxo de atenção despendido não foi significado positivamente por parte da equipe.

Dentre as diversas questões que se destacam também nesse caso, as que se relacionam com o fluxo da atenção organizada no processo de trabalho dos profissionais nos chamam atenção nesse primeiro eixo de discussão. Ao contrário do primeiro FA, em que o caso é conduzido pela equipe NASF e os profissionais da equipe de referência têm de ser “puxados”, chamados a participar, neste, ao contrário, o fluxo é ascendente. Nas observações do Diário de Campo, destacamos essa observação:

Eles percebem que a organização da demanda quando segue o fluxo ascendente das equipes de referência para o NASF, esse sim torna o processo mais fluido (DIÁRIO DE CAMPO).

A “ascendência” da demanda quer dizer a ERSF buscar o apoio da equipe NASF e, a partir daí, se dá o fluxo de atenção. No caso acima, do Grupo III, acontece esta organização, o que permite uma integração da Equipe do NASF e a ERSF.

O gráfico deste caso mostra certa linearidade do caso, o que quer dizer, por um lado, que as ações foram sucessivas, sem retorno de encaminhamentos ou de intervenções. A linearidade evidencia, por outro lado, poucos momentos de tomada de decisão, sendo as decisões adotadas em ato, como descrito no dia da primeira visita. O hiato entre o internamento, acomodação da família e saída do médico da equipe de referência fortaleceu a

perspectiva da família na postura de asilamento e fragilizou o NASF em sua possibilidade de rever as práticas tomadas.

Ainda a respeito do fluxo da atenção, é cabido constar que esse caso também se trata de um caso de “saúde mental” mais típico de APS, ao contrário do caso do FA 2. Apesar de despertar motes para aprofundamento do debate a respeito da reforma psiquiátrica, que emergem no contexto das práticas de saúde mental dos profissionais da APS, sistematizamos algumas discussões no final deste capítulo à luz do Modo Psicossocial do Cuidado.

Elementos que emergem desses casos, que dizem respeito aos modos como se organizaram os momentos de encontro para se pensar o caso e a relação com a equipe de referência, além da reflexividade promovida pelo caso, são discutidos, então, nas análises seguintes.

5.2 “Organização do cuidado no NASF”.

Sistematizamos, nesse momento, como se estabeleceu a organização do cuidado diante das escolhas e desdobramentos dos casos acima descritos e analisados. Aqui focamos em como as equipes NASF estabelecem estratégias e caminhos para a interação com as ERSF, como se relacionam com a Rede de Saúde Mental e, também, com as outras Redes formais (institucionais e de setores) ou extra-institucional, como a comunitária.

A divisão em tópicos é didática e segue o agrupamento realizado na análise dos dados, embora não se apresentem como fenômenos distintos, mas contínuos e complementares à organização do cuidado, categoria que aglomerou os tópicos abaixo. A apresentação, a partir daqui, ao contrário do momento anterior em que quisemos desatacar as especificidades dos casos e organização do fluxo de atenção em suas singularidades, se dá com a junção do material encontrado nos três grupos, o que ajudará o leitor a compreender o todo do material construído.

A integração com as ERSF

Algumas das questões centrais encontradas nesta pesquisa foram as questões envolvidas, dificuldades e potências na relação dos profissionais do NASF com as ERSF. Como discutido anteriormente a respeito da ascendência dos casos da ERSF para o NASF, os profissionais dos três grupos apontam que, na maior parte das vezes, quando o caso vem da equipe de referência, a organização do cuidado ao usuário é completamente diferente de

outras situações. O relato do grupo III corrobora com esta questão: “[...] a partir do momento que parte da equipe mínima, se torna mais fácil o processo”.

Apontam o exemplo do caso da idosa em cárcere privado como exemplo de que estar no caso após eles se implicarem seria mais fácil:

[...] Se chegar na gente pra gente puxa-los é muito difícil, então como era interesse deles, por exemplo, esse caso especificamente - cárcere privado dentro do território é uma coisa que mexia muito com a equipe mínima - então foi algo que eles puxaram da gente e a gente solucionou esse desfecho, essa solução” (GRUPO III).

Os problemas de integração variam, inclusive, segundo a categoria profissional. Para os profissionais do NASF, com os médicos a dificuldade é ainda maior. Profissionais do grupo I citam um dos exemplos em que o profissional tem disponibilidade, mas não consegue sair do âmbito de seu núcleo profissional:

Com a médica quando a gente precisa a gente chega até ela pra discutir, pra tirar alguma dúvida e quando ela percebe alguma coisa ela passa pra gente, mas assim, com a gente mesmo é mais quando tem a questão de medicamento ou tem alguma dúvida ah sobre aquele exame que você encaminhou ela fez, é mais assim (GRUPO I).

Ao mesmo tempo em que percebem como prejudica o processo de cuidado quando não há um profissional disponível, também percebem a potência quando há.

Se você tem um médico na equipe saúde da família, um médico e um enfermeiro que entende o que é NASF, percebe a importância dos profissionais do NASF, mesmo que não saiba direito o que é, mas mantém o vínculo com a equipe e percebe que naquele caso é importante uma intervenção do NASF, é aonde a gente consegue trabalhar (GRUPO I).

Sobre a integração com os ACS, demonstram que a relação é problemática. Se está integrado demais, pode acontecer de os agentes encaminharem usuários de modo tal a confundir os profissionais do NASF como porta de entrada; quando não, o acesso à comunidade fica restrito. Uma forma encontrada por uma das equipes pesquisadas para evitar a prática da porta de entrada foi regulando o fluxo aceitando os usuários que haviam passado pelo médico:

É Assim, às vezes chegavam pra gente, o ACS chegava no começo aí a gente sempre falava assim: - Passou pelo médico? Ou então: - Não, o médico já visitou. Então, quando diziam o médico já visitou subentende-se que o médico conhece o caso, né. Só que aí depois a gente começou ver que tava vindo muita demanda só de ACS (GRUPO I).

A solução foi:

Espera aí é melhor passar primeiro para o médico ou para o enfermeiro, se eles acharem a necessidade de encaminhar para o NASF aí pronto (GRUPO I).

Como contrabalanço a essa postura, as equipes percebem que a inserção na comunidade depende da relação com os ACS e, por isso, torna complicada a regulação do fluxo apenas com a atitude acima descrita. O grupo II relata:

O nosso NASF não sei os outros, o nosso canal com a comunidade são os agentes de saúde, 98% dos casos sempre é o agente de saúde (GRUPO II).

A dimensão da problemática apresentada tem repercussões diretas no cuidado ao usuário. Em última análise, seja a prática do NASF de regular a entrada, ou seja, de aceitar a demanda vinda diretamente do ACS, o relato abaixo sintetiza a questão:

[...] às vezes precisa solicitar um exame e uma medicação e eu chegar: - 'oh, se lembra daquele paciente que tá precisando desse exame, você pode encaminhar?' é diferente e quando é só com a acs e a gente chegar: - ah, porque tem um paciente que o ACS tal mandou pra gente'. aí, assim, ficava mais solto, a gente quer que você encaminhasse pra fazer esse exame e ainda mais que eles não têm conhecimento. (GRUPO I).

No entanto, quando há espaços de encontro de profissionais, seja informal ou formal, como na comissão de maus-tratos, a organização do trabalho desenvolve potências para desfazer a problemática citada acima. Relatam que espaços como esses são estratégicos não só pela finalidade do grupo em si (debater maus-tratos na comunidade), mas proporcionar momentos de articulações e organizações do processo de trabalho de ambas as equipes (ERSF e NASF). Seriam nos momentos de discussão de caso que se definiriam os fluxos dos usuários. A fluidez, com isso, acontece nesses espaços, conforme descrito abaixo:

Às vezes a gente só faz o quê: - Não, vamos marcar pra [psicóloga]. - Não, vamos marcar pra doutor [médico]. - Não, vai ser a visita da [assistente social]. Essa discussão é quem determina o direcionamento da ação (GRUPO II).

Outra questão importante surgida é que parece ser necessário, para manter o contato direto com as equipes, estruturar na agenda NASF uma reunião mensal com cada uma das equipes. Um dos casos discutidos (GRUPO II) passou por este mecanismo organizativo. Entretanto, a disposição não quer dizer realização.

Além dessa reunião com a comissão de maus tratos a gente também tenta se reunir, ter no nosso cronograma uma reunião mensal com todos agentes de saúde. Assim pra cada equipe de saúde da família tem uma reunião e era pra ter com enfermeiro, médico, mas a gente só consegue se reunir com agente de saúde. É o momento deles trazerem as demandas, aí os casos das áreas deles e aí os que precisam de atendimento individual, atendimento da fono, psicóloga, as visitas domiciliares e expõem (GRUPO II).

O aspecto da motivação e implicação profissional também é mencionado pelos profissionais como inerente ao processo de integração com as ERSF. A capacidade de articular o NASF nos casos da equipe de referência passa, então, pela vivência diferenciada e intensa da estratégia, dizem abaixo:

Se ele vive a estratégia saúde da família ele vai puxar um caso desse, se ela não vive, ele já deixa o caso passar mais despercebido. Porque isso é uma realidade que acontece, e não só aqui na área; acontece em outras áreas (GRUPO III).

Os profissionais chegam a afirmar que, na ESF, é a falta de implicação que faz a falta de conhecimento sobre a estratégia NASF perdurar:

Mas, quem se interessa, quem quer, quem compra a ideia, quem busca, quem sabe que tem ganhos - o agente de saúde comprometido - você pode ter certeza que ele tem vínculo com o NASF, porque ele sabe o que ele pode oferecer a comunidade. Agora, aqueles que vão só fazer a visita e fazem cinco visitas em uma hora, cinco visitas de tarde e outra mais uma hora só pra preencher dados, esse aí não busca NASF mesmo não. Principalmente porque a gente só faz visita domiciliar se tiver a presença do agente comunitário de saúde, então tem muitos deles - alguns não: - não precisa não, na minha área não tem nenhuma visita. E como é que não tem uma visita na área, meu povo? não quer se dispor a vir uma hora da tarde pra fazer visita? (GRUPO II)

A integração com as ERSF, enfim, tem como principal questão na organização do cuidado a dificuldade de realizar encontros. No Diário de Campo, sistematizamos a queixa dos profissionais:

Os profissionais se queixam da dificuldade do encontro. Dizem que por vezes deveria ser algo corriqueiro. O encontro entre NASF e ERSF é sempre um esforço, nunca uma fluidez (DIÁRIO DE CAMPO).

Os encontros são influenciados por todos os fatores acima apontados pelas equipes do NASF, mas está na direção contrária do encontro a capacidade de operacionalização do apoio à ESF, aponta a literatura (NEPOMUCENO, 2009).

A integração com a Rede de Saúde Mental

Diversas são as questões às voltas do fluxo que se estabelece entre NASF e a rede formal de saúde Mental. A ferramenta do Apoio Matricial é uma delas e colocada em detalhes pelos profissionais. Relatam que a indução à prática do matriciamento é normativa, mas que ela não necessariamente faz parte do arranjo técnico assistencial. Relatam da seguinte forma o cenário de montagem do matriciamento:

–‘Vocês são matriciadores’. – ‘Vocês tão lá pra matriciar’. Matriciar quem? Quando? Matriciar o que? Se nunca fizeram uma reunião nem de: - ‘vamos chamar todos’. Lógico que a saúde mental perpassa todas as categorias aqui, mas pelo Ministério fica de responsabilidade o psicólogo, terapeuta ocupacional e psiquiatra, que no caso em Fortaleza não tem psiquiatra. Mas quando chamaram os psicólogos e os terapeutas ocupacionais da Regional?

Relatam que o matriciamento, quando aconteceu na agenda de alguns profissionais da saúde mental na APS, foi uma grande ferramenta de encontro das redes. Mas a falta de condução por parte da gestão local, regional ou municipal gerou problemas:

Antes tinha nos postos uma estratégia que ajudava muito na parte de saúde mental que era a questão matriciamento, então foi.... Nos postos. Aqui até funciona umas duas vezes e depois disso nunca mais. Mas assim, por exemplo, por que não funciona mais? (GRUPO I).

Ao mesmo tempo em que questionam, respondem sobre os motivos pelos quais o apoio matricial deixou de existir no cotidiano das equipes da ESF: “Eu acho que houve uma desarticulação da atenção básica com os CAPS né, com os profissionais dos CAPS” (GRUPO I).

Sobre a desarticulação da APS, ou atenção básica, como se denomina administrativamente no município de Fortaleza, com a Saúde Mental, os profissionais relatam que por iniciativa própria os membros da equipe solicitaram momentos de interface, mas não conseguiram êxito, como relatam:

Eu que tou aqui desde setembro de 2009 eu nunca tive uma reunião coordenadoras de CAPS infantil, NASF, coordenador de saúde mental da Regional, embora eu já tenha solicitado: - vamos fazer, vamos fazer pra gente saber como é que vocês oferecem. E isso [já conversei] com o coordenador e pedi umas duas, três vezes e me cansei. Aí botei na casa da desilusão (GRUPO II).

Os profissionais não responsabilizam apenas a ferramenta do apoio matricial como o provedor das relações entre SM e NASF. Fazem a crítica de que o próprio momento/estado atual da reforma na assistência à saúde mental no âmbito de Fortaleza está relacionado com a interface da SM na APS, no cotidiano da atenção. Relatam que a capacidade dos CAPS de atender à demanda é insuficiente:

Essa construção eu acho que ela tá estagnada, então assim, os CAPS eles tão sobrecarregados porque você ter um CAPS por Regional pra uma comunidade tão carente, tão desassistida (GRUPO I).

Fazem referência à cobertura populacional de um CAPS geral para, em média, 400 mil habitantes, já descrito no cenário no capítulo 3. Continuam: “E o CAPS infantil que você tem dois por município?” (GRUPO I).

Vão mais a fundo e dizem que a construção dos diversos CAPS em 2006 e a estagnação, em seguida, da ampliação da rede substitutiva até o momento atual dá a sensação de “desassistência”: “Eu acho que hoje a rede, ela tá muito desassistida na saúde mental” (GRUPO I). Complementam: “Na verdade, eles só acabaram com o hospital psiquiátrico” (GRUPO I).

Essa discussão levantada aponta a crítica que os profissionais apuram no cotidiano de trabalho, em consonância com os apontamentos da atual fase da reforma psiquiátrica local (QUINDERÉ et al., 2011; SAMPAIO, 2011).

Em específico à relação do CAPS com o NASF, os profissionais a têm julgado como inexistente, ou, quando acontece, é pontual e emergencial. A questão com o CAPS é tão emergente na narrativa dos profissionais que na falta de possibilidade de contar com o CAPS como retaguarda, a profissional conta com a urgência do Hospital Psiquiátrico privado da região como forma de ter retaguarda para quando julga que o paciente precisa de avaliação psiquiátrica e de medicação:

Quando eu vejo a necessidade de medicação de certa forma psiquiátrica eu não tou mais mandando pro CAPS. Eu só aciono o CAPS atualmente se a pessoa já fizer parte do CAPS (GRUPO II).

Tenta, inclusive, ao fazer o manejo, inserir o Hospital como um “membro” da rede psicossocial. Pede para ir se consultar e solicita o retorno para acompanhamento na atenção primária. Dentre outras modalidades de acompanhamento, a psicóloga relata:

A própria coordenadora do CAPS me disse que a consulta tá sendo pra sete meses. Se eu tou com uma pessoa com crise de ansiedade forte, forte, forte ou então uma depressão, às vezes até com risco de suicídio, eu sei que se chegar no CAPS é um caso de emergência, mas na dúvida - eu acho que esse procedimento até não é muito legal meu não porque eu corto a rede, né - eu tou mandando pro IPC, aí eu acompanho essa pessoa e peço pra essa pessoa quando sair do IPC me ligue, me dica o que foi feito lá e a gente marca outro atendimento (GRUPO II).

A repercussão da problemática apontada pelos profissionais é sentida diretamente no fluxo da atenção despendida aos usuários, como percebida e descrita no caso do grupo II. A falta de vínculo com o CAPS, neste caso, teve a ver com a falta de ações do CAPS antes das internações, em situações anteriores, ou mesmo quando o usuário ainda não havia entrado em crise, na situação específica relatada. A profissional deixa evidente a situação:

O CAPS foi lá na casa, falou sobre isso, mas eles não levaram até o momento da crise, porque o pai levou e não foi atendido de imediato, voltou pra casa com o rapaz, aí no momento da crise leva e interna, porque não era preciso ter chegado a crise (GRUPO II).

A situação chega a tal ponto que alguns improvisos são realizados no cotidiano para suprir a rede:

No meu caso eu também encaminho externo [ao CAPS,], quando não é uma demanda que da pra gente dar conta da unidade. Mas tem situações que eu acho muito complicado porque, assim, se eu sei que o CAPS não atende, se eu sei que tem uma fila, se eu sei 'não sei o que' e eu acabo: - Não, vamos fazer dois, três atendimentos naquela pessoa. Até mesmo porque eu tou vendo que a pessoa não ta bem e ela ficar esperando numa fila vai ser bem pior. Então eu acabo até fazendo uma prévia pra pessoa até poder cair um pouco da ansiedade e poder trabalhar (GRUPO III).

Assim, a possibilidade de diálogo com o CAPS se faz não apenas com a retaguarda técnico-assistencial para execução do Apoio Matricial, sobretudo com a capacidade do CAPS articular, em conjunto com o NASF, intervenções em prol da Saúde Mental dos territórios de referência. O NASF, enquanto “ponte” da rede especializada da APS e SM, parece ser uma possibilidade pouco vislumbrada na rede local de Fortaleza.

A integração com as Redes

O nosso foco nesta categorização é como se relaciona o NASF com as Rede formais, sejam institucionais ou de setores, e a Rede extra-institucional.

A comunicação fica bem dificultada, relatam os profissionais, quando a necessidade é de diálogo com outros setores da rede, sobretudo a rede médica especializada. O encaminhamento para a rede especializada ou diagnóstica só é realizado pelo médico, de modo que por mais que a categoria profissional em sua especificidade perceba a necessidade de exames complementares, não tem autonomia para fazer.

Com a (ou a falta de) rede ambulatorial de saúde mental, o caso é mais emblemático. A situação problemática acontece quando se trata de usuário que precisa de acompanhamento psicoterapêutico e o psicólogo não tem nenhum recurso na rede, haja vista a inexistência de ambulatórios públicos com atendimento psicológico, números restritos semestrais de vagas para a rede de Clínicas-Escolas de Psicologia e escassa quantidade de vagas para a modalidade psicoterapia dentre os procedimentos do SUS, no município.

A repercussão para o cotidiano da atenção é a produção de arranjos nas práticas do profissional, como relatado abaixo:

O que eu fiz: eu tenho dois turnos de grupo terapêutico. E eu tenho três turnos em cada unidade pra atendimentos individual, então esses três turnos eu marco em torno de cinco pessoas cada turno, são quinze, e eu não posso ver essa pessoa três vezes no mês, quando eu noto isso aí é que - porque o que eu posso fazer, se eu não mandar

pro CAPS o atendimento dela também não vai ser semanal – o outro local de atendimento psicológico é a Universidade Federal, pra alguns casos como questão de luto, a questão de transtorno alimentar. Porque esses alunos foi quem me passaram, aí quando são essas problemáticas eu digo: -olhe, você vai pra Universidade Federal, vai ligar pra lá e vai saber, porque lá é toda semana, lá você vai fazer um acompanhamento mesmo, você vai ficar vindo pra mim uma vez no mês, mas vai ficar lá pra ser toda semana (GRUPO II).

Quanto à rede informal, os profissionais dos três grupos relataram contar com elas em seu cotidiano. Com mais notoriedade, o Grupo I mostrou um entrelace das práticas de cuidado por meio da parceria com o Quatro Varas. A adesão da usuária à proposta dos cuidados no projeto teve o relato da profissional:

Agora eu não sei se tem que colocar aí, mas eu acho que é melhor considerar mais que deu uma alerta assim que ela tava melhorando foi depois que ela foi pro Quatro Varas, foi que a gente começou a perceber a disponibilidade dela pro tratamento, a melhora focal, a questão da tensão diminuída no corpo (GRUPO I).

Um diálogo entre três profissionais no GF, durante a construção do FA, sintetiza o papel da rede comunitária como intrínseca à condução do caso em SM:

[...] Eu acho que eu percebi que ela tava com muita tensão e a gente, na terapia vocal, a gente também trabalha o relaxamento dessa região - pescoço - e ela continuava sempre tensa, sempre tensa e com problema de voz e é muito difícil você tá com tensão e ficar com uma voz adequada (GRUPO I).

A outra profissional complementa:

Quando você chega no Quatro Varas pra massoterapia eles sempre oferecem os outros grupos, aí ela começou a fazer também outro grupo (GRUPO I).

Em outro relato, os profissionais do NASF disparam que mesmo com a rede que está dada, em suas distintas configurações, é necessária certa medida de protagonismo profissional, pois, caso contrário, a condução do cuidado não anda:

Eu acho que tem dela [a usuária] querer ser cuidada, mas eu acho que foi muito a sensibilidade dos profissionais porque, por exemplo, com certeza a [psicóloga] queria encaminhar ela, mas não tinha aonde, porque ela percebia que ela tinha uma necessidade maior do que o atendimento que a gente pode ofertar, então ela foi atrás, ela viu que tinha um, então ela: - Pronto, vou pegar isso aqui. [...] Mas acho que assim, tem a disponibilidade dela? Tem, mas eu acho que primeiro tem a gente, porque ela não chegou dizendo eu quero ir pra fisio[terapeuta]: - Eu quero que você me encaminhe pro fisioterapeuta, me encaminhe pro psicólogo. Eu acho que os profissionais também tem muito essa necessidade de querer ver um resultado e de ir atrás mesmo sem saber onde tem, eu acho que também tem isso (GRUPO I).

Diante dos arranjos possíveis, os profissionais estabeleceram modos de lidar com a rede. Por vezes, a falta de acesso gerou a estagnação dos fluxos dos casos – o que não se explorou muito na pesquisa, já que os casos escolhidos refletiam o contrário disto – ou, no

outro extremo, inauguraram-se novas modalidades de atendimento e atenção ao usuário; por vezes, forçou a descoberta de novas instituições na comunidade. Em todas as maneiras, a prática do encaminhamento foi revista pelos profissionais, de modo que é a necessidade de uma rede que tem fortalecido arranjos construídos no cotidiano.

5.3 Cuidado em questão: autoanálise disparada pelo Fluxograma Analisador

Ao longo do processo das reflexões suscitadas pelos casos expostos e percursos terapêuticos escolhidos, diversas questões emergiram dos profissionais em crítica à própria produção de cuidado por eles operacionalizada. A sistematização proposta neste eixo diz respeito aos processos críticos na esfera do caso que cada equipe expressou no FA e indagações e constatações a respeito do próprio método – o fluxograma. O Cuidado é a categoria teórico-conceitual promotora da leitura crítico-compreensiva deste eixo.

As equipes se dedicaram a discutir o caso, expuseram as situações-limites, descreveram como tomaram decisões, evidenciaram os seus afetos com relação ao trato da equipe de referência (ERSF) e também as questões que ainda não estão trabalhadas dentro da equipe NASF. Sobre o último, esse fato pareceu preponderante na escolha dos casos selecionados, apesar dos profissionais, ao estabelecerem parâmetros para escolha dos casos, terem afirmado que a multiprofissionalidade, intersetorialidade e interface com a equipe de referência fossem os balizadores. O maior símbolo disto era a necessidade dos profissionais de discutirem e colocarem em fluxograma mais casos. A necessidade de revisar os casos ficou evidente.

Um dos dilemas mais marcantes no que tange à relação de Cuidado estabelecida com o usuário e família diz respeito ao caso do grupo III em que, embora os relatos comprovem uma gama de ações realizadas, suscitaram sentimentos de impotência, confronto entre membros da equipe, uma sensação que há algo a se resolver. O caso foi tão singular que o caminho final foi o óbito da usuária acompanhada.

A psicóloga ficou especialmente sensível ao caso. Relatou divergência de seus valores ético-políticos com o modo como foi conduzido o caso:

Porque, assim, quando eu trabalhava na [órgão público dos direitos humanos] eu já tinha levado crianças pro abrigo e eu achava muito ruim. E aí quando levava pra um asilo também por ter vários idosos. Por ser mãe foi muito pior, né. Então, assim, afetivamente eu fiquei extremamente abalada e foi até bom que o caso fosse apresentado [no grupo focal] até pra ‘racionalizar’ um pouco. Acho que por isso também (GRUPO III).

Em outro diálogo, relata, a partir de conversa com profissional da equipe de referência, a situação em que pareceu ter se dado conta do conjunto de práticas realizadas que favoreciam o asilamento:

Eu voltei muito mal da situação e aí quando foi na outra semana que nós fomos conversar com a enfermeira, eu conversando com a enfermeira e dizendo foi terrível, foi assim, foi assado e a enfermeira disse: -'Nossa, você tá falando tão diferente [a respeito do asilo] da assistente social. E eu disse: - 'Por quê? – Não, porque ela disse que foi tão bom, era tão limpo, a comida era tão cheirosa'. Eu digo: - 'É, lá é limpo, a comida é cheirosa, mas lá não tem amor e nem afeto e as pessoas estavam comendo sozinhas'. E comecei a colocar o que é um asilo, e aí foi muito engraçado porque foram visões, assim, já diferentes. Eu achei que a finalização do caso foi terrível porque a senhora morreu de depressão depois que ela foi pro asilo (GRUPO III).

A assistente social, ausente do grupo pesquisado, parecia despertar desafeto na equipe. Suas práticas não agradavam, mas a equipe demonstrou que o espaço para confrontar essas práticas não era cotidiano. A discussão do caso serviu como um momento de refletir a prática do grupo e dar vazão à crítica à tal profissional. Diálogo abaixo representa a problemática:

Teve outro caso aqui que ela [, assistente social,] disse: -'não, eu consigo um asilo, eu conheço as freiras não sei da onde e tal'. Então, assim, pra ela, foi uma coisa que ela resolveu e achou muito importante. [...] Foi a melhor coisa na história da profissão dela de assistente social. É como se fosse a melhor coisa que ela já tivesse feito: um caso que ela resolveu e na cabeça dela ficou isso (GRUPO III).

O caso relatado por eles tinha variáveis complexas e não permite análise linear. Entretanto, das diversas contradições na condução, uma salta aos olhos: a exclusão sócio-familiar sofrida pela idosa foi repetida pelo serviço de saúde com a decisão de internação em asilo. Ao mesmo tempo em que a equipe constatou a contradição da cuidadora da idosa ser uma cuidadora de encarcerados e ter ao mesmo tempo encarcerado a mãe, acabou auxiliando a família na decisão da prática do asilamento da idosa.

Em outra direção de reflexões, podemos pensar que as práticas de cuidado se fazem com a apropriação do trabalho e historicidade das ações realizadas em interação com os usuários. Os profissionais, ao serem disparados em resgates de práticas acerca dos usuários e interação com equipes e redes, percebem que o fluxograma produziu possibilidades de criação de fio histórico das práticas. Relatam:

É como se a gente perdesse a caminhada ao longo da discussão ou da 'não-discussão', porque os casos, a maioria dos casos, [...] eles não tem desfecho, eles não tem uma solução. A gente esquece, a gente deixa pra lá: - 'não conseguiu deixa pra lá' (GRUPO III).

Neste sentido apontado, o fluxograma serve de inspiração para resgatar os casos que foram “esquecidos”:

Esse negócio [fluxograma] é não perder o fio da meada, você saber pra onde é que ta caminhando aquele caso. Se você conseguir resolver um caso uma vez por mês, a cada dois meses, é um ganho. O que não pode é a gente tá sempre pegando um caso e passando pra outro sem resolver (GRUPO III).

A apropriação do processo de trabalho é a operacionalização de outra forma de organização do Cuidado. Formas em que os processos decisórios estejam mais evidentes seriam reorganizadoras do cotidiano, afirma o relato abaixo:

Eu começo a ver que muita coisa a gente se sente pressionado a decidir. Porque a gente não tem tempo, a gente não. Mil e uma coisas acontecem pra gente não decidir talvez uma forma mais madura. E é uma coisa que eu acho que vou sair daqui repensando e toda vez que eu tiver que decidir, a gente tiver que decidir, eu vou sempre pensar mais nas possibilidades que a gente tem, pra gente não ter que correr e depois a gente ser cobrado de porque vocês não foram mais devagar (GRUPO III).

Outro depoimento, agora de outro grupo, corrobora com a reflexão proposta acima:

Eu achei particularmente muito proveitoso esse encontro que a gente ta todo mundo junto falando do nosso trabalho, porque às vezes a gente mal para pra fazer isso e quando a gente para pra analisar e pra conversar e falar sobre caso e conversar mesmo sobre o nosso trabalho e assim, eu realmente fiquei muito feliz, foi muito gratificante pra mim saber que eu faço parte, estou dentro de uma equipe que pode fazer tanta coisa (GRUPO I).

O efeito produzido pela reflexão teve repercussão ao longo do processo de pesquisa, a ponto de gerar propostas reorganizativas na concretude do cotidiano das equipes pesquisadas:

A gente ficou até conversando, depois naquele dia, que era bom fazer isso sempre porque você vê todo o trajeto que se fez e se você não colocar no papel você se perde (GRUPO III).

Os profissionais citaram até a motivação em fazer uma sistematização dos usuários acompanhados segundo o método sugerido:

Já tou pensando nas pastas, no nome dos pacientes. E tou pensando em tudo já (GRUPO III).

A construção de projeto terapêutico em saúde é costumeiramente operacionalizada com a prescrição de medicamentos ou encaminhamentos a algum outro equipamento de rede (AYRES, 2004). A saúde mental trouxe, a partir da experiência de atuação interdisciplinar, a

concepção de Projeto Terapêutico Singular (PTS) como instrumento para acompanhamento e produção de saúde dos usuários (BRASIL, 2004b).

A partir da Política Nacional de Humanização (Brasil, 2004b), esse instrumento também é trazido para o cotidiano da APS no Brasil. A concepção de projeto trazido por Vieira Filho e Nóbrega (2004, p. 07) merece aqui ser trazida na íntegra:

[...] a noção de projeto (do latim *projetu*, particípio passado de *projicere*, "lançar para diante") remete a um plano-ação, em desconstrução institucional, que engloba uma visão global da situação sócio-existencial e de saúde mental do(s) usuário(s) e meios operacionais susceptíveis de responder à(s) sua(s) demanda(s). Esse plano-ação orienta, em termos gerais, as decisões e se configura como um "lançar para diante" práticas em invenção, preocupadas com a inserção social e a qualidade de vida do(s) usuário(s).

Ou seja, o projeto não seria apenas um prontuário diferenciado, confundido à burocracia dos formulários já existentes nas unidades de saúde, mas um plano de ação. Um instrumento que viabiliza um olhar ampliado para a situação de vida dos usuários do sistema de saúde.

Neste sentido, o fluxograma remeteu aos Projetos Terapêuticos que os profissionais produzem ou produziram, ainda que sem tomar ciência da prática, ainda que sem usar dos instrumentais que "garantiriam" a legitimidade da construção de um PTS. O Fluxograma permitiu visitas e reconstrução de alguns projetos.

Outro caminho de discussão, complementando o papel do PTS e ampliando a análise deste item, diz respeito à organização do cotidiano. Em um cenário em que as equipes evidenciam que não há uma organização do dia a dia do trabalho na saúde favorável à discussão de casos e operacionalização de recondução de projetos terapêuticos que vão se "perdendo", o fluxograma mostrou a potência indicada na fala do profissional:

Foi extremamente produtivo porque deu pra gente poder perceber que a gente faz um trabalho em equipe e a gente sabe disso, mas assim, quando você para e que você olha o que foi feito você consegue ver todas as interfaces do caso. É pra mim, assim, foi extremamente válido porque veio de encontro com a minha inquietude da gente parar e estar discutindo. Então eu acho que a gente poderia levar, a gente aqui poderia levar isso que a gente fez hoje e tentar realmente se programar, se disponibilizar da gente tá fazendo isso, pegando pelo menos um caso da gente e estudar, mesmo que não tenha todas essas variáveis, mas que a gente possa assim fundamentar, escrever. Eu acho que isso que a gente faz, porque às vezes a gente acha que a gente não faz nada e, às vezes, a gente acha que faz tudo, e quando você para e vê você vê que você faz muita coisa e que você pode fazer mais coisas ou você pode recuar, então eu acho que esse exercício que a gente fez foi de extrema valia pra gente (GRUPO I).

Sobretudo, os sujeitos destacaram uma ampliação das dimensões envolvidas em suas práticas, a partir do momento em que perceberam as facetas de diálogos com redes e outras equipes ao longo do cuidado os usuários:

[o fluxograma] mostra como o nosso sistema é falho ainda né, a dificuldade que a gente tem de trabalho tanto estrutural hoje de gestão, planejamento, execução e tudo (GRUPO I).

Neste trabalho, interessa a compreensão com o desvelamento das práticas de cuidados desenvolvidas nos fluxos assistenciais colocados na relação com usuário e rede, mas também a crítica aos modos de cuidado revelados com os fluxogramas. As práticas têm apontado a possibilidade de um conjunto de fluxos assistenciais que podem ser apreciados criticamente segundo o Modelo Psicossocial do Cuidado (COSTA-ROSA, 2003), adotado neste trabalho como um dos apoios teóricos de referência no campo da saúde mental, especificamente nas práticas decorrentes da reforma da assistência psiquiátrica.

Ao analisar os meios teórico-técnicos sustentados no lidar com o processo saúde-doença, percebemos um hibridismo entre práticas de desmedicalização e asilamento. Por um lado, percebemos profissionais dos grupos pesquisados em dado momento usarem das práticas citadas em prol da viabilização do asilamento de uma usuária, como aconteceu no caso do Grupo III. Por outro, percebemos a necessidade de saúde dessa usuária como principal eixo norteador de práticas, como no grupo I, promovendo práticas de implicação subjetiva do profissional com o contexto do sujeito e uma abordagem do problema pela “existência-sofrimento”, previstas no modo psicossocial.

Ao analisar a organização das relações intrainstitucionais e interprofissionais, vetor importante da análise psicossocial, há uma forte tendência à gestão em equipe nos três casos citados nas equipes participantes. Desde o fortalecimento da referência do cuidado por uma profissional não “psi”, como no grupo I, ao fortalecimento de estratégias de práticas terapêuticas multiprofissionais, como elencado dentre as práticas do grupo II, é possível perceber um afinamento à proposta psicossocial de cuidado.

Em perspectiva complementar de análise, ao nos debruçarmos sobre as formas das relações das instituições, ou da disposição organizativa do NASF com a equipe de referência e na sua relação com a rede de saúde mental, percebemos também um hibridismo entre a territorialização do cuidado, como nas práticas centradas nas redes locais citadas no grupo I, e institucionalização, como no grupo III.

Ainda nos vetores de análise do Modo Psicossocial do Cuidado, a concepção efetivada dos efeitos das ações em termos terapêuticos e éticos, segundo essa perspectiva,

deve negar o binômio “ego-realidade” ou “carência-suprimento”, implementando possíveis sínteses dialéticas entre “carecimento-ideais” e não adaptação dos sujeitos (COSTA-ROSA, 2003). Nas práticas relatadas, por um lado, a tentativa de superação da “busca-oferta” apresentada no caso I com a tentativa de escuta qualificada, para além da queixa ou sintoma, e evidência do sujeito em questão, para além de sua doença. Por outro lado, no caso III, ora uma organização de um arranjo assistencial em que a adaptação do sujeito aos desejos e incômodos da família é central, ora implicação com o caso a ponto de reverem-se as práticas usadas na condução do cuidado.

De um lado, a preponderância e horizonte são perceptíveis em conexão com a organização psicossocial de atenção na medida em que as práticas de tutela ou institucionalização do sofrimento não são recorrentes, sobretudo com as revisões de práticas realizadas e autocrítica realizadas pelos profissionais. Do outro, qualquer tentativa de “romantismo” analítico em que se defina exclusivamente os cuidados apresentados como de “Modo Psicossocial”, oposto ao asilar, seria impreciso. O que percebemos, então, é uma transição das práticas que carregam modos asilares de estruturação a práticas psicossociais de cuidado.

Nos três tópicos de discussão acima, em postura compreensiva e crítica, enfatizamos aquilo que dizia respeito à construção do fluxo da atenção no NASF a partir, sobretudo, da construção dos fluxogramas e, então, discutimos a organização do cuidado e os processos de autoanálise inerentes à atuação em saúde, cujo método utilizado colocou em evidência: a organização do processo de trabalho do NASF. Os elementos, como os tipos e caracterizações das práticas de saúde mental realizadas pelo NASF e os modos como se organizaram os momentos de encontro para se pensar o caso e a relação com a equipe de referência - o apoio, então -, foram deixados em suspensos, mesmo com discursos que já poderiam nos dar elementos para tal análise. Por fins metodológicos, entretanto, dividimos os eixos analíticos e é sobre as temáticas supracitadas que iniciamos o próximo capítulo.

6. DA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NA ESF ÀS PRÁTICAS DE SM: O INÉDITO E O VIÁVEL EM SM NA APS.

Apresentamos, inicialmente, nesse eixo, as práticas de Saúde Mental desenvolvidas pelo NASF, através da categoria “Arranjos organizacionais de SM: Uma reinvenção cotidiana do processo de trabalho”. Nesta etapa, articulamos os modos como se estabelecem os apoios através das categorias “Apoio as ERSF” e “Apoio à rede”, já que o objetivo inicial do estudo é entender estas práticas imbricadas com esses atores. Articulamos o arcabouço teórico sobre as atuações do NASF, já descritas anteriormente.

No eixo de análise “O inédito e o viável em SM na ESF”, damos evidência às falas dos profissionais e sentidos construídos por eles, discutindo os dados em forma crítica, àquilo que pareceu ser as caracterizações dos casos que demandavam assistência do NASF (“Esse caso é de NASF”) e os que não eram possíveis de serem conduzidos/assistidos (“Esse caso não é de NASF”). Aqui, delineamos os desafios do NASF nas práticas de SM na ESF.

6.1 “Arranjos organizacionais de SM”: Uma reinvenção cotidiana do processo de trabalho

Ao longo dos GF, pudemos detectar algumas das práticas em SM desenvolvidas pelos profissionais das equipes. Os principais tipos de atividades detectadas foram as Visitas, Atendimento direto aos usuários, Ações coletivas ou em grupo.

A respeito das visitas, elas podem existir em diversas circunstâncias e modalidades: 1 - Visitas institucionais, que podem ser em CAPS, hospitais e mesmo em outros setores como, ao exemplo citado pelo grupo II, ao CRAS. 2 - Visitas domiciliares ao usuário, seja a partir de demandas clínicas de determinados usuários aos quais podem requerer acompanhamento do agravo na residência, seja para mobilização de alguma atividade educativa ou coletiva em que o usuário possa se beneficiar. 3 - Visitas conjuntas multiprofissionais, cuja diferença em relação ao tipo anterior é a preponderância da necessidade de avaliação clínica em interface de mais de uma profissão, e nas quais a conduta também necessite de diversos campos de saber e intervenção, como os casos de saúde mental em que as interfaces com a categoria assistente social, psicologia e medicina eram evidentes.

Sobre os atendimentos direto aos usuários, duas modalidades foram recorrentes nos grupos pesquisados. As modalidades são as seguintes:

1 - Avaliação psicossocial e abordagem familiar. No primeiro, o profissional, individualmente ou em equipe, atende o caso e avalia questões que envolvem não só o processo de adoecimento do usuário, mas as condições afetivas do sujeito e suporte sócio-familiar no que tange ao resgate do apoio de pessoas vinculadas ao usuário e entendimento do contexto de vida. O centro do atendimento é o resgate dessas dimensões e, a partir da avaliação, a decisão se encaminhar, conduzir o caso em APS, ou dialogar as redes com atenção conjunta. É a partir da avaliação psicossocial que, principalmente, se percebe a necessidade de encaminhamento à rede saúde mental ou encaminhamento intersetorial. No caso escolhido pelo grupo II para a exposição, é notória a construção da avaliação psicossocial. Na abordagem familiar, a intervenção tem um foco mais específico: a família. Nesta abordagem tem-se uma modalidade de atendimento em decorrência da avaliação prévia, como na avaliação psicossocial, mas não só dela. A avaliação de enfermagem ou médica pode suscitar a abordagem familiar. Em saúde mental, ela aparece como ferramenta do manejo de cuidado dos usuários graves, como nos casos dos grupos I e II.

2 - Atendimento multiprofissional (ou em equipe) e atendimento individual. A principal característica dessa modalidade é a ligação direta da ação como um recurso terapêutico do profissional ou equipe. Ao contrário da primeira modalidade (avaliação psicossocial ou abordagem familiar), nesta a ação tem uma finalidade interventiva (terapêutica ou educativa) e menos avaliativa. Essas modalidades de atendimentos são ferramentas usadas, na maioria das vezes, em decorrência de avaliação prévia do próprio profissional em avaliação anterior, de algum profissional da equipe NASF ou mesmo da ERSF. O critério de escolha se atendimento individual ou em equipe variou segundo as necessidades dos usuários em questão. No atendimento individual, destaca-se a resistência dos profissionais em citarem a modalidade. Nos casos do grupo I e II, foram disponibilizadas sessões de atendimento para acompanhamento dos usuários em questão.

Sobre os atendimentos diretos aos usuários, é possível destacar que, no caso I, a fonoaudióloga, referência na condução do caso, também usava da ferramenta sem usar de técnicas de psicoterapia, até mesmo pela impossibilidade profissional. Os atendimentos eram usados como meio, instrumento, de escuta qualificada da demanda da usuária, que superava a queixa física. Esse destaque coloca em evidência que os atendimentos individuais por si só não significam “individualização” da demanda ou “ambulatorização” do processo de trabalho,

em contradição com o papel da APS. O atendimento pode ser usado nos casos relatados como meio de acolher o usuário, produzir vínculos e melhor avaliar a demanda.

Já as ações em grupo, terceiro tipo de atividade preponderante, dizem respeito àquelas realizadas em abordagens coletivas com fins educativos ou terapêuticos em que respondem às demandas das equipes de referência, como nos acompanhamentos dos grupos de usuários da assistência aos programas (de diabetes, hipertensão, pré-natal, puericultura, tuberculosos, hanseníase) ou em demanda livre do CSF, ou às demandas do próprio fluxo de usuários que são acolhidos pela equipe NASF.

Das atividades com fins educativos, se destacam as atividades de “sala de espera”, que são caracterizadas pela exposição de temas de educação na saúde para os usuários com a finalidade de prevenção de agravos. Alguns dos grupos denominados de “roda de conversa” são análogos aos caracterizados como sala de espera. Relatos de profissionais do grupo II revelam que há uma insatisfação na realização desses tipos de ações coletivas, sobretudo pela falta de integração dos profissionais da equipe de referência, que são os próprios demandantes:

A roda de conversa que a gente fez foi pra trabalhar a prevenção, aquele momento educativo. A questão da prevenção a gente não consegue, já tentou várias vezes, mas a gente fica lá um olhando pra cara da outra e quando aparece [os profissionais da equipe de referência] é um ou dois, então é muito complicado (GRUPO II).

Em outro relato, o desabafo:

Se não for uma sala de espera quando eles [os usuários] estão aguardando o atendimento do médico a gente não consegue reunir. Isso vale pra grupo de gestante: a gente faz grupo de gestante e não aparece enfermeira. É muito difícil à articulação com os outros profissionais (GRUPO II).

Das atividades com fins terapêuticos, destacam-se a abordagem multiprofissional em saúde mental. Os três grupos referiram os grupos de atividade física como estratégico para saúde mental, seja no exemplo dos grupos I e II, que contam com o “Grupo dos Bombeiros”⁶ como um recurso para os usuários em SM, seja nos grupos desenvolvidos pelos profissionais de educação física dos grupos II e III. Destaca-se também a criatividade e inventividade dos profissionais das equipes em realizarem grupos terapêuticos adaptados a diversas demandas: “Grupo de Alívio”, em que a demanda de usuários com queixas somáticas sem diagnósticos e queixas de ansiedade e depressão são acolhidas em abordagem multiprofissional, nos quais questões de autocuidado são os motes de desenvolvimento do método grupal; “Grupo

⁶ Grupo diário desenvolvido pelo Corpo de Bombeiros Militar do estado do Ceará com um facilitador habilitado em desenvolver exercícios físicos focados à demanda dos idosos, seu principal público.

terapêutico” em que a abordagem é multiprofissional e não tem o foco apenas psicopatológico, mas dos processos de vida, como na metáfora da psicóloga do grupo II – nas dores da vida. No seu relato, a organização do grupo:

São duas terças-feiras à tarde no mês, sempre a primeira e a terceira. Aí vem eu [psicóloga], vem a [fisioterapeuta], nós duas, aí a gente reúne aqui o grupo e eles podem falar sobre suas dores e a gente trabalhar sobre as dores (GRUPO II).

Quanto à sua condução, explica:

[...] não tem a lógica da terapia comunitária - porque na terapia comunitária, segundo lá, é só um que fala e eu fico profundamente incomodada [...], mas me incomoda tanto porque eu acho que se você vai você de certa forma quer falar -, aí é aberto pra mais pessoas falarem (GRUPO II).

Há, também, entre as práticas, os grupos parceiros que acontecem na comunidade em que os profissionais não são os condutores das metodologias, mas cofacilitadores ou apenas presentes no momento do grupo – já que a presença, como relatado, ratifica a potência do espaço para os usuários. Um dos exemplos é o “Grupo de fortalecimento de autoestima”, desenvolvido em todas as regionais pesquisadas.

Destacam-se, também, as ações de reconhecimento do território, como enfatizado pelos grupos I e II. O reconhecimento do território permitiu aos profissionais mais integração à rede extra-institucional viva na área, o que garantiu mais possibilidades de recursos terapêuticos, dentre as práticas de SM. Os profissionais comentam como se mantêm informados:

A gente sai perguntando, a gente chega e a gente procura se informar onde tem. Lá no CSU [Centro Social Urbano], no próprio CSU tem hidroginástica. E aí isso já serviu como encaminhamento de alguns [usuários] que eu atendo (GRUPO II).

O que as práticas de SM na ESF têm evidenciado é que, em qualquer uma das modalidades de atividade apresentada (visitas, atendimentos ou grupos) pelo NASF, o principal instrumento é o próprio trabalhador, corroborando os principais autores da área (SAMPAIO et al., 2011). A literatura aponta que esse fenômeno se dá em decorrência do fato de que, no campo da saúde mental, não predomina o uso denso das tecnologias de apoio diagnóstico e de tratamento presentes nas demais especialidades de saúde, baseadas em dispositivos biomédicos. O que queremos destacar é que estão centrados no profissional os parâmetros da avaliação, do que ofertar, dos recursos disponíveis, o que por um lado

evidencia o papel estratégico do trabalhador no cuidado em saúde mental, e por outro a escassa retaguarda assistencial e de redes de atenção.

Todas as atividades sistematizadas acima, ainda que em uma disposição que alimenta a centralidade do cuidado na ação do trabalhador, acontecem em dimensões consonantes com as que Nepomuceno (2009) sugere: em apoio à assistência direta aos usuários e em relação de apoio com as equipes de referência. Nossa sistematização abaixo consiste no debate formado pelos profissionais sobre suas práticas nas relações de apoio desenvolvido às equipes de referência na ESF e nas relações de apoio desenvolvidos em interação com a rede. Por se tratar de um conjunto de arranjos organizacionais em que as práticas estão à sua disposição, a junção ganha em sentido para podermos realizar as conexões teóricas com as modalidades e apoio desenvolvido pelo NASF na SM.

Apoio às ERSF e Apoio à Rede

Para a produção das práticas do NASF, a necessidade de arranjos na organização do trabalho é cotidiana. Diante disso, as equipes apresentam diversas metodologias de encontro, nas quais o apoio às ERSF e à Rede são objetivos em comum. Os encontros, por sua vez, não são fáceis de serem executados, nem mesmo internamente a equipe NASF.

Sobre essa problemática, os profissionais relatam com frequência as tentativas de superação da falta de estruturação de momentos de encontro na rotina do NASF. Mesmo diante da configuração da carga horária, que é distinta segundo a regulamentação de cada profissão (fisioterapia com 20 horas, serviço social com 30 horas e demais com 40 horas), os casos têm fluxo interno conforme estruturação da agenda. Afirmam que a determinação da continuidade do cuidado ao caso (projeto terapêutico, as decisões a se tomar) é realizada em conjunto:

A gente determina junto. Na hora que a gente discute e aí chega: 'não, eu acho que realmente tá complicado esse caso aí'. 'Vamos fazer isso e isso'. Aí a pessoa que ta como cuidador direto, aí essa pessoa direciona. Se for comigo e eu acho que é um problema de fala, mas a nível de psicologia não, é só fala, sabe. Aí é muito além do que fala, aí eu vou junto a família e tento explicar, porque ela veio através de mim. Mas embora a [fisioterapeuta] também tenha visto, é decidido assim: conjunto (GRUPO II).

Em outra situação, as profissionais detalham a situação concreta em que houve necessidade de se decidir em equipe e a produção de um espaço de diálogo sobre o caso foi o diferencial no cuidado proposto, como relata a assistente social do grupo:

O caso da B. [não relatado no fluxograma], por exemplo: aquela família que a gente comentou - que são seis filhos e seis netos e moram na mesma casa com os pais. O pai chegou na unidade de saúde porque tinha levado um corte e tinha havido uma briga muito grande com a filha e peguei todo relato dele e conversei com a [psicóloga]. Aí a [psicóloga]:- 'é interessante a gente levar pro conselho tutelar, né?' Eu disse e ela: concordo. Então a gente fez o relatório e encaminhou. Aí eu fui e conversei com a agente de saúde e ao mesmo tempo a gente percebeu que a filha que é alvo da confusão ela também precisa de um cuidado e aí já encaminhei pra [psicóloga] atende-la (GRUPO II).

Sobre a capacidade de fazer os arranjos internos, característica muito forte apresentada pelos Grupos I e II, comentam que não esperam muito a equipe de referência ou a rede acontecer para tomar a frente do caso:

A nossa equipe tem essa característica. Tem determinadas coisas que a gente sabe assim que vai ser difícil e se nós pudemos fazer a gente vai e faz. (GRUPO I).

Mesmo diante de algumas amarras da organização do serviço, tentam superar com improvisos e mesmo com iniciativas que levam em conta a disponibilidade pessoal. O debate abaixo entre os profissionais expressa isto:

Nossa equipe vai pra escola no nosso carro, a nossa equipe faz visita institucional no nosso carro. E a única coisa que a gente combinou é não fazer visita domiciliar, sabe. Tem algumas coisas que a gente discute e ainda acontece (GRUPO II).

Entretanto, os próprios profissionais vislumbram críticas sobre a prática de arranjos internos em que se supre a necessidade da relação mais direta com as ERSF. Os profissionais percebem o que precisaria para instituir uma relação de apoio à ESF:

Eu acho que se a equipe mínima sentisse que o NASF realmente é apoio sabe, entrasse mais, deixasse a gente entrar mais, nos convidasse a entrar mais sem a gente na porta esperando ser chamado e não entrar, uma coisa mais sistemática (GRUPO II).

Uma prática realizada em algumas das equipes de referência que os NASF se vinculam são as reuniões e momentos de supervisão tratadas no PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica⁷. O programa tem por finalidade, dentre outras ações, induzir as Equipes da ESF a ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população. Em sua operacionalização, equipes de supervisores produzem encontros com equipes de referência para construir estratégias de melhoria da qualidade da atenção.

Apesar de ser momento de encontro de equipes, com fins de suporte para ampliação do cuidado, o NASF não participa do programa governamental. Pior que isso,

⁷ Conforme disponível em <<http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq/>>. Acesso em 30 dez. 2012.

relatam os profissionais do NASF, não podem sequer estar nos momentos de integração da equipe. No relato abaixo, fica em evidência a frustração em relação à ausência do momento:

Eles se reúnem, agente de saúde, enfermeiro, médico, mas eles nunca convidaram o NASF pra participar. A gente até uma vez já sentou e ficou lá esperando na porta, eu fiquei morta de vergonha. A gente foi lá na porta se oferecer duas vezes e nem assim a gente conseguiu entrar nessa reunião e daí depois a gente também desistiu. Foi muito constrangedor, nunca convidaram a gente pra participar dessa reunião que eu acho que é um momento que ela faz a avaliação, analisa como é que tá acontecendo, dá as sugestões e se a gente tivesse junto seria um momento de crescimento. E vale ressaltar que essas reuniões elas são agendadas, elas não acontecem de uma hora pra outra e não: - vocês hoje não vão tá no posto por isso que vocês não foram convidados. Não, elas são agendadas (GRUPO II).

Ao seguirmos adiante, discutimos as tecnologias de encontros específicos em Saúde Mental. No tópico que tratamos sobre interação com a Rede de Saúde Mental, no capítulo anterior, tratamos da organização e esfacelamento do apoio matricial como possibilidade de ponte com a atenção especializada em SM, entretanto, podemos retomar essa discussão neste tópico, sem tornar repetitiva a ênfase, haja vista o apoio matricial se tratar não só de um arranjo de redes, mas também de suporte técnico assistencial para as equipes (CAMPO; DOMITTI, 2008). Nos relatos, reiterada vezes a crítica foi à verticalização do processo de implementação (da gestão para os profissionais) sem o preparo das equipes, ou ficou afirmada a falta de retaguarda da gestão para a viabilização desse arranjo no cotidiano. O grupo I toma o apoio matricial como uma estratégia que foi transitória e curta: “aqui até funciona umas duas vezes e depois disso nunca mais” (GRUPO I).

Ainda mais importante é destacar que as equipes não fazem relato algum entre as práticas de SM na APS, o apoio matricial, ou a ação de matriciamento, como integrante do cotidiano do apoio as ERSF para além de uma proposta de arranjo de redes (SM e APS). Ponto tal que no grupo III a prática não foi executada em nenhum momento e nem citada pelos profissionais como tecnologia de cuidado.

No que tange à SM, por outro lado, há a presença dos encaminhamentos dos usuários do CAPS para ESF. Nesse sentido, os profissionais alertam essa prática como agravante da organização do cuidado na interação com a rede e ERSF. A presença dos CAPS sem retaguarda, mas com inserção de casos novos, e a lida diária com a interação com as ERSF, sem o necessário acompanhamento conjunto pelos profissionais médico, enfermeiro ou dentista, joga para o NASF a possibilidade de se sobrecarregar enquanto porta de entrada.

Os NASF se percebem como retaguarda territorial para os casos, mas criticam serem eles uma parte da substituição dos hospitais psiquiátricos, sem equipamentos outros

bem estruturados na rede de atenção à saúde mental, o que é, para eles, um risco para a condução dos casos. O relato abaixo sintetiza o receio:

Então, assim, eu acho maldade mesmo sabe, eu acho é necessário [a desospitalização], mas eu acho que antes que a gente tenha ação precisa de planejamento, antes da execução, antes pra você tomar uma atitude tão radical como foi, que eu defendo, mas eu acho que você tem que ter uma resposta pra aquilo, você tem que ter uma atividade, você tem que ter uma estrutura pra aquilo, coisa que hoje. [...] Na verdade eles deviam ter feito a retaguarda pra depois tirar e não, eles tiraram, eles fecharam e não tem retaguarda. (GRUPO I)

Problemas básicos ainda são necessários de resolução e as práticas acabam sendo considerada uma conquista de uma “batalha diária”, relatam. A prática do encaminhamento para rede especialista e diagnóstica, por exemplo, é dita como caótica:

Então assim, [...] porque neurologista, se a gente precisar de neurologista é um caos através do SUS (GRUPO III).

De volta ao cotidiano das equipes, as equipes NASF acreditam que a sistemática de não conseguir “entrar mais” no processo de trabalho das equipes de referência, como citado na fala anterior, por um lado tem a ver com a incompreensão das ERSF em não conseguirem estabelecer linhas de cuidado integral (amplas, como na atenção a saúde mental). Chegam a afirmar habilidades ou posturas profissionais que influenciariam este vetor:

Eu acho que a questão, a grande diferença que eu acho nisso é que a gente consegue escutar o paciente, coisa que eu acho que numa equipe de saúde da família eu acho que o povo não faz muito isso, então eu acho que nesse aspecto da escuta, dele chegar com queixa e a gente conseguir acolher, escutar eu acho que isso já é uma forma diferente (GRUPO II).

A sistemática falta de espaços conjuntos de discussão de casos e encontros entre ERSF e NASF, relatadas as dificuldades e as práticas já na apresentação e discussão dos fluxogramas, para os profissionais também tem a ver com a implementação da estratégia no município de Fortaleza. A síntese que os próprios profissionais fizeram, no que diz respeito ao julgamento dos motivos pelos quais as distâncias das equipes de NASF e da ESF se dão estão, principalmente, em três motivos, que podemos perceber na leitura do Diário de Campo:

Para eles, são três motivos: 1- por terem sido “jogados” na APS sem articulação com as ERSF; 2- sem preparo das equipes de apoio para a atuação na ESF; 3- parecer estar em lugar híbrido, com forte semelhança a uma atenção secundária (ambulatorial e clínica) dentro da própria APS (DIÁRIO DE CAMPO 7).

No primeiro, a ausência de planejamento conjunto com as ERSF sobre as necessidades dos territórios e serviços, por parte da gestão da APS, assim como da iniciativa

dos profissionais do NASF, marcaram uma inserção dos núcleos de apoio distantes da dinâmica da ESF.

O segundo motivo remete à falta de treinamento específico já citado na apresentação inicial dos profissionais, em que os cursos introdutórios foram evidenciados como insuficientes para implantação da estratégia. Iniciativas como capacitações para metodologias de gestão do trabalho, como Apoio Matricial - dito como estratégia de apoio técnico-assistencial de SM na APS no município - também não foram lançadas, assim como introdução em práticas de melhoria da qualidade da atenção, como PMAQ, também não garantiu o NASF nas estratégias de qualificação profissional.

No terceiro a conflito inicial dos profissionais diante da prerrogativa do “não atendimento clínico”, que os gestores apontavam para as equipes, e ao mesmo tempo um conjunto de fatores que sugeriam a manutenção da atenção clínica tradicional como a formação dos profissionais, as habilidades prévias adquiridas nas experiências dos profissionais do NASF antes de sua inserção na estratégia e a necessidade e pedido dos profissionais da ESF para as “consultas dos multiprofissionais”, além da agravante falta de rede secundária especializada no município, compuseram as principais questões que fortaleceram o NASF como atenção especializada no âmbito da APS e não como apoio para efetivação da integralidade na ESF.

Diante das problemáticas, sobretudo dos encontros e desencontros entre NASF ERSF e Rede, em síntese, as principais formatações de encontro disponível entre os grupos pesquisados dizem respeito a: participação em grupos intersetoriais, como na “comissão de maus tratos”; em reuniões mensais promovidas pelos NASF, em sua maioria com a participação do ACS sem os profissionais médicos, enfermeiros ou dentistas, como no grupo II; participação em reuniões mensais das ERSF, como no grupo I, ou em momentos de discussão de caso produzidos em ato, como no grupo III. O apoio se dá também na participação dos grupos da atenção programada, através de grupos de conversa ou “sala de espera”, como citado pelos três grupos, e na saúde mental em específico, com a condução de casos por vezes em retaguarda ou por vezes sendo a referência do caso, nos quais se lança mão de ações como as citadas e tipificadas acima (visitas, atendimentos e grupos).

Em diálogo com a fundamentação teórica, algumas modalidades de apoio já aconteceram dentre as práticas de SM estudadas e discuti-las em um movimento crítico pode nos auxiliar a compreender as práticas de SM do NASF de Fortaleza. Foi possível sistematizar na literatura ao menos três tipos de conjuntos/diretrizes de práticas emergiram nas equipes multiprofissionais de SM que apoiavam a ESF: equipes de SM que ajudavam o

monitoramento da demanda, mas com desenvolvimento de práticas assistenciais, com idas sistemáticas às equipes da ESF (CASÉ, 2001; LANCETTI, 2001); equipes de SM que atuam como assessores e apoiadores pedagógicos, com centralização do CAPS aos cuidados de SM (SAMPAIO; BARROSO, 2001); equipes de SM que atuam como supervisores diretos do CAPS às equipes em SF, aos moldes do Apoio Matricial (FIGUEIREDO; ONOCKO CAMPOS, 2009; TÓFOLI; FORTES, 2006; NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

Na realidade estudada em Fortaleza, um certo ineditismo de organização do cuidado e hibridismo de modalidades de apoio foram percebidos nas equipes em sua atuação prática. De um lado, a tentativa de um arranjo em que a SM fizesse parte do cotidiano da atenção de modo que as práticas se integrassem transversalmente às ações o cuidado em SM. Ou seja, por vezes o próprio NASF era o condutor do caso, assessorando a intermediação entre a ERSF e a rede de saúde mental (SAMPAIO; BARROSO, 2001), como no caso do grupo II em que toda a coordenação do cuidado passou pelo NASF, mas com criação de espaços de discussão e volta do caso em integração e referência da ERSF. A comissão de maus tratos simbolizou a estratégia de atenção integral à saúde mental e de integração da ERSF ao caso.

Ainda no aspecto híbrido das modalidades de apoio, perceberam-se também algumas correlações com o arranjo de apoio conforme o citado por Casé (2001) na experiência de Camaragibe. Ou seja, mesmo sem um suporte da Rede de SM substitutiva ao modelo asilar, os profissionais do NASF produziram ações conjuntas com a ERSF dando suporte prático às ações, monitoramento à demanda após alguns encaminhamentos e reflexão conjunta com a ERSF e o NASF. Não se nota o investimento forte do papel pedagógico no NASF em relação à SM para a ESF, mas, ainda assim, o arranjo tem semelhança, sobretudo, no tocante a uma organização do trabalho que supera a falta de rede específica de SM.

Por outro lado, há um certo grau de prática inédita, sobretudo em destaque no caso I, no qual NASF produziu, ele mesmo, a referência no caso, suplantando a necessidade da ERSF, ou delegando a ela apenas o suporte a consultas e necessidades de encaminhamento. No caso e fluxo percorrido por ele, foram lançadas práticas em que o principal manejo foi a disposição de equipamentos comunitários aliados ao fazer da equipe de forma fluida e complementar.

O arranjo organizacional evidenciou a equipe em uma disposição de atendimentos segundo as necessidades da usuária. Não é fácil enquadrar esse modo de ação como apoio matricial – no qual o manejo e interface da rede de saúde mental são centrais, devido à reformulação dos fluxos de encaminhamentos (CAMPOS, 1999) –, já que não houve

retaguarda técnico-assistencial à equipe de referência, mas uma ação por parte da equipe de apoio em articulação com recursos externos. Tão menos é possível afirmar um papel de apoio pedagógico à equipe de referência ou mesmo aos equipamentos comunitários, como em outras modalidades de apoio (SAMPAIO; BARROSO, 2001). Tratou-se, então, de práticas de cuidado em manejo multiprofissional e horizontal, mas em substituição a equipe de referência.

O ineditismo de práticas do NASF, contudo, não se encerra na condução de um caso ou outro, enquadrando-os em uma modalidade teórica de apoio, mas em um conjunto de práticas organizadas de um modo que a assistência foi reinventada no cotidiano. Um dos desafios apresentados ao NASF, diante da necessidade diária de invenção de fluxos, foi distinguir o que era um caso para a sua assistência e o que não era. É sobre esse fenômeno, então, que conduzimos as discussões no último eixo de análise.

6.2 O inédito e o viável em SM no NASF

“Esse caso é de NASF”

Fala recorrente nas observações de campo e também usada emblematicamente nas escolhas dos casos, em oposição àqueles que não poderiam ser conduzidos pelo NASF, “esse caso é de NASF” foi um discurso presente nos três grupos pesquisados.

No início do capítulo anterior, foi exposto que a escolha dos casos para a discussão tinha a ver com três fatores: ter alguma interface com as ERSF e serem denominado multiprofissional, conforme solicitávamos na escolha do caso, e ter necessidade de “intervenções intersetoriais” (como acréscimo dos profissionais aos critérios sugeridos). Aqui, problematizamos os “recortes” do perfil de demanda apresentados por eles.

Como dissemos, o segundo parâmetro teve como foco a necessidade de intervenção intersetorial, como nas falas abaixo, em sequência, dos dois grupos:

Eu acho que a questão da atuação multiprofissional, da gente tá trabalhando também a articulação com outras organizações (GRUPO II).
[um caso NASF requer] trabalhar em rede e assim de ter se iniciado a partir de uma demanda que foi a partir da equipe do saúde da família (GRUPO I).

Neste recorte, os profissionais definem que a complexidade da demanda, reside principalmente nos casos que fogem ao tradicional campo de intervenção da saúde (o processo patológico envolvidos nos agravos de saúde), como na violência, presente no caso II,

negligência, presente no caso III. O recorte “intersectorial”, então, apresenta uma demanda à equipe de referência que foge ao costumeiro e inaugura novas possibilidades.

Outro aspecto tem a ver com a dificuldade ou facilidade dos casos terem interface com a equipe de referência, como cita o relato: “[...] a partir do momento que parte da equipe mínima se torna mais fácil o processo” (GRUPO I). Em algumas situações, isto se deve não só pela ascensão da demanda – que deve ser ESF para NASF –, segundo a normativa (BRASIL, 2011), mas pela facilidade que pode gerar de repercussão no processo do cuidado.

Ao discutirmos a integração com as ERSF por parte do NASF, fizemos referência a fala de uma das profissionais que, em resumo, dizia:

Se você tem um médico na equipe saúde da família, um médico e um enfermeiro que entende o que é NASF, [...] percebe que naquele caso é importante uma intervenção do NASF, é aonde a gente consegue trabalhar (GRUPO I).

O que fica evidente é que a necessidade de integração entre as equipes (ERSF e NASF) tem mais conexão com a necessidade de dar resolubilidade ao caso, elaborar um fluxo mais efetivo, e menos com a ampliação da capacidade das equipes aumentarem seu escopo de ações, como preconiza a proposta da política de atenção básica (BRASIL, 2011).

É sobre a necessidade de diversos profissionais para o cuidado, terceiro critério identificado do que seria um caso do NASF, que apresentamos um conteúdo mais denso de discussão, já que as contradições foram mais latentes. As equipes pesquisadas julgam a esse corte é fundante da necessidade de apoio do NASF:

Porque não ficou só num profissional, não ficou só naquele profissional, não ficou só naquela queixa inicial. Veio com uma queixa inicial de voz e aí dessa queixa começou a se ampliar, que exatamente é o que é o NASF. Eu acho que a [fonoaudióloga] foi muito feliz. Sabe por quê? [...] porque às vezes o profissional atende e pode ser que tenha uma demanda pro serviço social, mas que ele retém pra ele por N motivos. E como pode ser que tenha uma demanda pro psicólogo, pro fisio ou pro farmacêutico e o profissional detém aquilo pra ele. Por conta até do que a gente falou no começo que assim, como é que formou o NASF, que alguns profissionais não vieram com essa vivência de saúde coletiva, não vieram com a vivência de trabalho de equipe e vieram muito com a vivência do individual, então aquele caso é meu, então eu vou trabalhar, aquelas outras questões não importa, né. Eu vou trabalhar. Então, eu acho que assim, o profissional tem que ter a sensibilidade de perceber que: - Espera aí, até aqui deu pra eu ir sozinho e agora não dá mais, eu preciso de ter um outro olhar. (GRUPO I)

E continua, a mesma profissional, com o depoimento acerca da escolha do caso I:

Por isso que eu acho que esse caso é um caso, pelo menos dos que foram falados, bem assim, bem peculiar de NASF. Porque numa equipe de cinco categorias quatro categorias foram contempladas, além de que mesmo que não venha como porta de entrada médico ou enfermeiro, mas veio da equipe e houve uma inter-relação NASF

e equipe médica. Então eu acho que talvez a gente não sentou com a equipe de saúde da família pra se discutir esse caso, mas houve um trabalho (GRUPO I).

Sobre este último aspecto do discurso do profissional, é possível perceber que os próprios membros da equipe NASF percebem a necessidade de diálogo e interação orgânica com a ERSF. O fato dos usuários passarem por diversos profissionais, entretanto, não garante resolubilidade e tão menos efetividade do apoio à ESF. Pelo contrário, se não se organiza com um método de discussão e responsabilização do caso na equipe de referência, a possibilidade de transformar-se em porta de entrada é eminente.

Na perspectiva multiprofissional, eles percebem que está nela uma maior possibilidade de olhar que supera apenas a doença:

Como se o NASF conseguisse entrar nessa visão de um ser complexo, de não ver só a doença, mas de ver todos os aspectos que podem ta envolvidos na doença. (GRUPO I)

As possibilidades de superação do núcleo profissional, então, apontam uma complexidade dos processos saúde-doença que Gastão Campos já aponta em sua sistematização sobre teoria de núcleo e campo na saúde coletiva, na qual estaria no campo a maior possibilidade de intervenção no âmbito da saúde coletiva (CAMPOS, 2003).

Em saúde mental, a superação do olhar “uniprofissional”, ou de núcleo, nas palavras do Gastão Campos, que reverbera um foco na doença, é superada com acolhimento ao sofrimento que supera o olhar exclusivo sobre os sintomas e queixas. Uma das profissionais faz referência a Adalberto Barreto, psiquiatra, autor da técnica da Terapia Comunitária, para observar a necessidade de ampliação do olhar para além da doença na questão da saúde mental:

Adalberto, eu acho muito interessante que ele fala assim: - doença precisa de remédio e sofrimento precisa de acolhida. Não adianta você dar a medicação e não vai, porque tem tantas pessoas que sofrem - e cada dia mais queixosos - , cada vez aparecendo mais doenças porque não é remédio. Precisa realmente ser acolhido e eu acho que é importante até pra gente. (GRUPO I).

É nessa operação de superação do olhar da doença, no foco em intervenções multiprofissionais que estaria a diferença da atenção do NASF e, a partir da qual, os casos seriam delineados. Os casos do NASF seriam, então, os de olhares “minuciosos”, como no relato:

[...] eu acho que assim que fora o NASF que tem essa perspectiva, mas muitas vezes o médico e o enfermeiro eles não tem essa questão desse olhar mais minucioso (GRUPO I).

Entretanto, é na contradição de todo este delineamento ampliador da demanda que ocorrem falas que denunciam o que pode ser o motivador da saída dos núcleos profissionais:

Eu posso dizer assim que a gente tem uma dificuldade mesmo é de trabalhar a clínica ampliada trazendo o enfermeiro e trazendo o médico. Pouquíssimas ações da gente, atuações. A gente tava com um caso clínico, a gente tem um médico que é parceiro atualmente e já tivemos outros. Hoje em dia é doutor [médico], mas ele não faz parte da equipe saúde da família, ele é um pediatra vinte horas, que é quem trabalha com a gente no conselho, na comissão de maus tratos. Aí ele sim, ele sim (GRUPO II).

Possivelmente, “trazer menos clínica” signifique estar menos permeado da atenção da ERSF. Quando os profissionais alegam que a falta dos enfermeiros, médicos e dentistas fazem o parâmetro clínico (ampliado) não ser o definidor da atenção do NASF e, ao mesmo tempo, é a necessidade de ampliação multiprofissional que faz os “casos serem de NASF”, está implícita a necessidade de maior integração com as equipes de referência.

A atuação multiprofissional, então, não quer dizer necessariamente a ampliação da equipe de referência, mas em o NASF estar junto, em sua equipe, na atuação sobre a demanda. Isso contraria, entretanto, a lógica de apoio do NASF a ESF.

Ao mesmo tempo, Nepomuceno (2009), já citado nesta discussão, sugere que o apoio do NASF se dê em dois polos: a assistência direta aos usuários e em relação de apoio às equipes de referência. Por esta via de compreensão, então, temos um apontamento: o NASF, em Fortaleza, por suas dificuldades de integração com as ERSF, acaba por fortalecer o polo de atenção multiprofissional à população e assim não são garantidas no mesmo grau de potência a produção de práticas de apoio as ERSF, sobretudo no que tange a demanda de SM.

“Esse caso não é de NASF”

Surgiu, também, ao longo dos debates, o delineamento do que não é caso do NASF. Os principais parâmetros citados pelas diferentes equipes e aqui sistematizados dizem respeito ao modo como acessam o NASF, que deve ser pela ERSF, e pelo modo como se estabelece a atenção, através do apoio – ao passo que sem isso a autonomia do usuário em relação ao seu cuidado é influenciada negativamente, assim como a construção do vínculo pode ser problemática.

Primeira negativa tem a ver com o modo de acesso:

Eu acho que não é NASF quando é uma procura diretamente pro NASF. Isso não é NASF, tem que usar toda a equipe de saúde da família e quando não há articulação entre os profissionais seja eles os profissionais do NASF ou ele profissional NASF e equipe da saúde da família (GRUPO I).

A equipe NASF evidenciou, em diversos momentos, que os casos de SM e mesmo outros casos têm um fluxo significativo de demanda por parte dos ACS e foi principalmente por isso a necessidade do corte dessa “porta de entrada”. A passagem pela equipe de referência instaura um meio retentor da demanda instalada e que o NASF não se percebe com potência para cuidar sozinho.

Outra justificativa com o que não é do NASF tem a ver com o choque da perspectiva de “responsabilidade sanitária” com a lógica do Apoio. A responsabilidade sanitária dos casos previstos pela normativa da ESF (BRASIL, 2011) indica que toda ERSF tem por dever o trabalho de promoção, prevenção e reabilitar os usuários de sua área adscrita, cabendo à equipe de apoio ampliar a integralidade do cuidado. O trecho abaixo explica a perspectiva dos profissionais:

Como se fala, o NASF ele não é responsável pelo usuário, ele é um apoio da equipe, quem é responsável pelo usuário é a equipe. Isso eu acho que falta, porque acaba que a gente fica mais responsável (GRUPO I).

Assim, são percebidos como antagônicos a responsabilidade sobre os casos e o apoio às equipes. Como se o compromisso de efetivar o cuidado integral não passasse pelo cuidado direto ao usuário nos casos referenciados.

Esse mesmo discurso da não responsabilidade direta, por vezes, potencializa-se com o discurso da “autonomia” do usuário, como presente no fragmento:

[...] mesmo que a gente responsabilize o paciente a gente ainda toma mais responsabilidade pra gente e o NASF, com esse tipo de atendimento, o paciente tem que ser mesmo responsável pelo tratamento e a gente vai apoiar até o paciente (GRUPO I).

A autonomia é entendida aqui como algo dado, já existente, e não como uma construção que, inclusive, envolve o próprio profissional na relação. A responsabilidade *versus* apoio é propositalmente criada para que a equipe os convoque e não os usuários, nas situações em que o NASF não percebe viabilidade de assistência. Contraditório, entretanto, é que, nos casos apresentados, o protagonismo do NASF não bate com o perfil descrito.

Ao mesmo tempo, em um dos relatos da equipe II, se fala do cotidiano concreto em que não viabiliza os vínculos entre as equipes de NASF e ERSF, na maioria das vezes, pela falta de agenda compartilhada. Assim, o vínculo com o usuário é produto dessa operação

e organização entre estas equipes. A questão, representativa para a problemática do que não pode ser um caso do NASF, então é: as possibilidades de construção de diálogo com equipe de referência, que pode ou não “emperrar o caso”, segundo capacidade de viabilizar ou não o encontro. Aí, sim, como dizem os profissionais, o NASF fica emperrado:

Mas eu acho que assim, é muito importante porque tem equipes que você consegue mesmo que você não se reúna, mesmo que você não tenha aquele momento, mas você consegue desenvolver um trabalho. Eu acho que são esses casos que emperram, entendeu (GRUPO II).

Este discurso, no entanto, revela que o que dá ou não fluxo, produz ou não práticas, o que é síntese entre os casos viáveis e não viáveis do NASF, são aqueles que “pararam” em seu fluxo – aqueles que não têm mais ações em execução por parte da equipe.

Enfim, a problemática criada entre o inédito e o viável no âmbito da SM no NASF quis dizer que, diante das práticas desenvolvidas - por vezes entendidas como novas-, modelos de atuação-atenção sistematizados no cotidiano e organização do processo de trabalho nas equipes NASF, em interação com as equipes de referência, o viável - o que “é caso” e o que “não é caso” do NASF - é decidido diante dos marcadores contextuais de cada arranjo assistencial.

Diante das configurações de processo de trabalho e organização da atenção, marcada pelas características dos profissionais e formação dos mesmos, a tomada de referência nos casos de SM por parte do NASF apresentou modos inéditos de atenção. Uma configuração que é problemática por se distanciar dos modos de apoio às equipes necessários para o desenvolvimento da ESF, mas potente na medida em que configura os profissionais em um passo criativo em que não se permite enrijecer práticas de saúde diante das normatizações, endurecendo o cotidiano em ações rígidas e protocolares.

O viável apresenta os cortes da atenção, aquilo que o NASF ainda não domina, aqueles em que as inseguranças habitam. O caso viável é aquele em que o NASF se afirma como potência e deixa de lado suas fragilidades, ainda que, no estabelecimento do que se pode ou não atender, práticas de exclusão (de demanda) camufladas se operem. Saúde Mental na APS, portanto, requer inéditos, mas está sempre em confronto como viável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“... nada do que se interpreta pode ser entendido de uma vez só e de uma vez por todas.”

(MINAYO; DESLANDES, 2008, p. 86).

O desafio colocado para os profissionais no seu cotidiano e expresso em palavras, como na frase *“A gente tem experiência que dá pra escrever um livro. Mas se perdeu”* (GRUPO II), parece colocar em síntese o desafio que essa dissertação agarrou para si. Primeiro, desnaturalizar que algo já “se perdeu” foi o grande desafio metodológico, haja vista que, em se tratando de uma política em implantação, seria precoce ou mesmo preconceituoso partir desta premissa – de que as práticas profissionais realizadas se perderam. Segundo, que a experiência em curso, de fato, é material suficiente para produzir um conhecimento, *“pra escrever um livro”*. Evidenciar o que se tem sido feito e galgar uma reflexão científica a respeito disto é tarefa estratégica para a produção de fazeres novos, inovadores, renovadores.

Apesar do risco de se tornar repetitivo, nessa conclusão do texto dissertativo pontuamos uma síntese dos principais constructos, elementos desvelados e críticas apontadas dos eixos analíticos escolhidos na pesquisa como possíveis categorias que apresentam como vêm sendo realizadas as práticas de SM no NASF, em Fortaleza. A ideia, aqui, não é produzir uma leitura estanque, em que se interpreta de uma só vez, como revela a epígrafe desta seção, mas uma costura contextualizada na qual a postura do pesquisador esteve presente em todas as linhas.

Dentre os três eixos de análise que emergiram diante do material construído na triangulação metodológica, o eixo “Processo de Trabalho do NASF” surgiu em um diálogo mais intenso com a técnica do Fluxograma Analisador. Os casos e os modos de cuidado foram desenhados graficamente, o que facilitou a análise por parte dos profissionais, o que chamamos de autoanálise, assim como permitiu debates mais claros sobre as categorias teórico-conceituais que demarcam o Modo Psicossocial de Cuidado. Em síntese, todo o eixo voltou-se a evidenciar os modos de cuidado destinados aos usuários diante da diversidade de organizações das práticas psicossociais dos grupos e suas aproximações e distanciamentos delas.

Nas práticas relatadas, por um lado a tentativa de superação da “busca-oferta” apresentada no caso I com a tentativa de escuta qualificada, para além da queixa ou sintoma, e evidência do sujeito em questão, para além de sua doença. Por outro lado, no caso III, ora uma a organização de um arranjo assistencial em que a adaptação do sujeito aos desejos e

incômodos da família é central, ora implicação com o caso a ponto de reverem-se as práticas usadas na condução do cuidado.

De um lado, a preponderância e horizonte são perceptíveis em conexão com a organização psicossocial de atenção na medida em que as práticas de tutela ou institucionalização do sofrimento não são recorrentes, sobretudo, com as revisões de práticas realizadas e autocrítica realizadas pelos profissionais. Os exemplos foram muitos: percebemos a necessidade de saúde da usuária como principal eixo norteador de práticas, como no grupo I, promovendo práticas de implicação subjetiva do profissional com o contexto do sujeito e uma abordagem do problema pela “existência-sofrimento”, previstas no modo psicossocial. Destacamos, também, desde o fortalecimento da referência do cuidado por uma profissional não “psi”, como no grupo I, ao fortalecimento de estratégias de práticas terapêuticas multiprofissionais, como elencado dentre as práticas do grupo II, como possíveis de se perceberem em afinamento à proposta psicossocial de cuidado.

Do outro, qualquer tentativa de “romantismo” analítico em que se defina exclusivamente os cuidados apresentados como de “Modo Psicossocial”, oposto ao asilar, seria impreciso. Os exemplos também são claros: percebemos em profissionais dos grupos pesquisados, em dado momento, práticas em prol da viabilização do asilamento da usuária, como no grupo III. O que percebemos, então, é uma transição das práticas que carregam modos asilares de estruturação a práticas psicossociais de cuidado.

Já o eixo de análise “Práticas em SM na APS” emergiu, indubitavelmente, como resposta mais direta aos objetivos dessa pesquisa. O primeiro apontamento da análise foi claro: em qualquer uma das modalidades de atividade apresentadas (visitas, atendimentos ou grupos), o principal instrumento é o próprio trabalhador, corroborando com estudos prévios a respeito das ferramentas em SM. O que destacamos é que estão centrados no profissional os parâmetros da avaliação, do que ofertar, dos recursos disponíveis, o que por um lado evidencia o papel estratégico do trabalhador no cuidado em saúde mental, e por outro revela a escassa retaguarda assistencial e de redes de atenção, denunciada em todos os grupos pesquisados.

A escolha pelo entendimento dessas práticas através da categoria operativa-conceitual “Apoio” ajudou a sistematizar as modalidades de suportes manejadas pelos profissionais do NASF às ERSF e à Rede à sua volta, tanto a de Saúde Mental quanto a comunitária, tão presentes nos relatos dos profissionais. Assim, ter a descrição das modalidades de atividade apresentada não foi suficiente e, nessas ações, compreendemos

como elas estão à disposição das equipes ou são problemáticas em sua exequibilidade, segundo algumas variáveis.

Certo ineditismo de organização do cuidado e hibridismo de modalidades de apoio, segundo o suporte teórico adotado, foi percebido nas equipes em sua atuação prática. De um lado, a tentativa de um arranjo em que a SM fizesse parte do cotidiano da atenção de modo que as práticas tentavam integrar transversalmente as ações o cuidado em SM, em que, por vezes, o próprio NASF era o condutor do caso assessorando a intermediação entre a ERSF e a rede de saúde mental (SAMPAIO; BARROSO, 2001), mas com criação de espaços de discussão e volta do caso em integração e referência da ERSF. Houve, também, algumas semelhanças com o arranjo de apoio análogo ao citado por Casé (2001): mesmo sem um suporte da Rede de SM, os profissionais do NASF produziram ações conjuntas com a ERSF, dando suporte prático às ações, monitoramento à demanda após alguns encaminhamentos e reflexão conjunta com a ERSF e NASF.

Por outro lado, há a introdução, até certo grau, de uma prática inédita, sobretudo em destaque no caso I em que o NASF produziu ele mesmo a referência no caso, suplantando a necessidade da ERSF ou delegando a ela apenas o suporte a consultas e necessidades de encaminhamento. Neste caso e fluxo, foram lançadas práticas em que o principal manejo foi a disposição de equipamentos comunitários aliados ao fazer da equipe de forma fluida e complementar. O arranjo organizacional evidenciou a equipe em uma disposição de atendimentos segundo as necessidades da usuária. Um destaque, então, significativo, é que, mesmo como diretriz da saúde mental do município, a ferramenta do Apoio Matricial não foi relatada entre as práticas, senão para explicitar o distanciamento das APS da SM.

Esteve, entretanto, no último eixo, “O inédito e o viável em SM na ESF”, a maior presença daquilo que foi o material que não era esperado e que fugia ao objetivo central da pesquisa, mas complementou de modo profícuo a compreensão sobre as práticas de SM do NASF na ESF. Nesse eixo, emergiu - a partir da fala dos profissionais, daquilo que pareceu ser as caracterizações dos casos de NASF e os que não eram possíveis de serem conduzidos - o título da dissertação com uma das assertivas dos profissionais em interrogação: “Esse caso é de NASF”?

Diante das configurações de processo de trabalho e organização da atenção, marcadas pelas características dos profissionais e formação dos mesmos, a tomada de referência nos casos de SM por parte do NASF apresentou modos inéditos de atenção, das práticas e cuidados em SM. Uma configuração que é problemática por se distanciar dos modos de apoio às equipes - como na retaguarda técnico-assistencial (CAMPOS, 1999) -

necessários para o desenvolvimento da APS, já evidenciado em diversos trabalhos científicos (FIGUEIREDO; ONOCKO CAMPOS, 2009; TÓFOLI; FORTES, 2007; NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007). Por outro lado, mostrou potencia quando a organização do processo de trabalho pôde ter elementos, no cotidiano, de abertura a possibilidades de ações menos ligadas às normatizações, endurecendo o cotidiano em ações rígidas e protocolares em saúde.

O viável, dentre os casos, apresenta os cortes da atenção, aquilo que o NASF ainda não domina, aqueles em que as inseguranças habitam. Os casos usuário/família/comunidade viáveis são aqueles nos quais o NASF se afirma como potência e deixa de lado suas fragilidades, ainda que práticas de exclusão camufladas de demanda (os casos não atendidos) operem-se no estabelecimento do que se pode ser feito, realizado. A Saúde Mental na ESF, portanto, requer inovações, abertura ao inédito, mas está sempre em confronto com o viável.

Trabalhos futuros podem complementar os resultados encontrados, sobretudo no tocante à necessidade de complementação do olhar das equipes de referência sobre as práticas em saúde, já que o foco neste trabalho elegeu os profissionais do NASF dentre aqueles que compõem a ESF. Assim, também outros atores da rede que compõe a saúde mental e mesmo outras funções, como gestores na APS e SM, podem ser sujeitos de estudos que ampliem o escopo deste.

Por fim, destacamos que pesquisar a prática profissional em saúde mental na ESF, nesses “casos de NASF”, foi instrumento promotor de reflexão para a formação de novos profissionais, além de ter servido de fomento à postura (auto) crítica sobre prática, ou *práxis*, dos atuais trabalhadores do campo e, principalmente, um dispositivo de avaliação da qualidade da assistência, tão importante para as políticas que preconizam o olhar às singularidades, como a ESF, para o Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C; MARTINS JUNIOR, T. Por que a Estratégia Saúde da Família? **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, v. 05, p. 74-80, 2002.
- ALENCAR T. O. S; NASCIMENTO M. A. A; ALENCAR B. R. Hermenêutica Dialética: uma experiência enquanto método de análise na pesquisa sobre o acesso do usuário à assistência farmacêutica. **Rev. Bras. Promoção a Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 2, p. 243-250, abr./jun., 2012.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; FONSECA, C. D. A Estratégia de Saúde da Família. In: ORGANIZADORES. **Fundamentos e práticas da atenção primária a saúde: medicina ambulatorial**. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 88-100.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2008. p. 783-836.
- AMARANTE, P. New Subjects; New Rights: The Debate About the Psychiatric in Brazil. **Cad.Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, Jul/Sep, 1995.
- AMARANTE, P. Asilos, Alienados, Alienistas: uma pequena história da Psiquiatria no Brasil. In: _____. (Org). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 73-84.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ARAÚJO, J. M.; ARCOVERDE, L.; LIBARDI, S. S. (2008) A Pesquisa-Intervenção com adolescentes: Oficina como contexto narrativo sobre igualdade e diferença. In: CASTRO, L. R.; BESSET, V. L. (Orgs.) **Infância e Adolescência no Contemporâneo**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2008.
- ASCHIDAMINI, I.; SAUPE, R. Grupo Focal - estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. **Cogitare Enfermagem**, América do Sul, v. 9, n. 5 12, 2005.
- AYRES, J. R. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**: v.13, n.3. p. 16-29, set-dez, 2004.
- BARBOSA, M. Matéria publicada no Jornal Diário do Nordeste em 19 de setembro de 2007. Disponível em: <<http://diariodonordeste.globo.com/materia.asp?codigo=470706>>. Acesso em 15 dez. 2011.
- BARBOZA, T. A. V.; FRACOLLI, L. A. A utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1036-1044, 2005.

BARROS, M. M. M. A. **Prática de Saúde Mental em Sobral-CE: O discurso do sujeito coletivo dos trabalhadores de saúde, usuários e familiares.** 2008. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, 2008.

BASAGLIA, F. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico.** Rio de Janeiro: Graal, 1991.

BEAKLINI, M. J. T. **A Proteção Social na Reestruturação da Assistência em Saúde Mental: o Programa de Bolsa-Auxílio do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, Niterói (RJ), Rio de Janeiro.** 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

BLEGER, J. **Temas em psicologia.** São Paulo: Martins Fontes, 1980.

BOSI, M. L. M. **Profissionalização e conhecimento: a nutrição em questão.** São Paulo: Hucitec, 1996.

BRASIL. **Portaria 336/2002 de 19 de fevereiro de 2002.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. **Legislação em saúde mental: 1990-2004.** 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. **Portaria N° 399/GM de 22 de fevereiro de 2006.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. **Portaria GM n° 154, de 24 de janeiro de 2008.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. **Instrutivo dos indicadores para a pactuação unificada 2008.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

_____. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. **Portaria N° 2.488, de 21 de outubro de 2011 – Nova Política Nacional da Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CAMPOS, F. E; AGUIAR, R. A. T; BELISÁRIO, S. A. A Formação Superior dos Profissionais de Saúde. In: GIOVANELLA, L. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. **Cienc. Saúde Coletiva**, n. 4, p. 393-404, 1999.

_____. **Saúde Paidéia**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAMURI, D.; DIMENSTEIN, M. Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 19, n. 4, Dec. 2010.

CASÉ, V. Saúde Mental e sua interface com o Programa de Saúde da Família: quatro anos de experiência em Camaragibe. In: LANCETTI, A. (org). **Saúde Mental e Saúde da Família**. SaúdeLoucura 7. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 121-136.

CASTEL, R. **A Ordem Psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

CERQUEIRA, L. **Psiquiatria social** – problemas brasileiros de saúde mental. Rio de Janeiro: Atheneu, 1989.

COSTA-ROSA, A. **Saúde Mental Comunitária**: Análise dialética de um movimento alternativo. 1987. Dissertação não publicada (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1987.

COSTA-ROSA A.; LUZIO C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial - rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Coord). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 13-44.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**, v., n., 2008. Disponível em: Acesso em: 15 dez. 2012.

DIMENSTEIN, M. D. B. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: Implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. **Estudos de Psicologia**, 5, 95-121, 2000.

FAVORETO, C. A. O.; CAMARGO JR., K. R. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, June, 2002.

FENERIC, S. R. G.; PEREIRA, W. A. B.; ZEOULA, F. M. Saúde mental e programa de saúde da família: percepções do agente comunitário de saúde. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, São Paulo, v. 2, n. 2, dez. 2004.

FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO CAMPOS, R. T. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 1, p. 129-138, fev. 2009.

FORTALEZA. **Relatório de Gestão 2010** - Saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, 2011.

_____. **Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2010-2013** – uma construção coletiva. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, 2012.

FORTES, S. et al. Brasil: Cuidados primários integrados para a saúde mental na cidade de Sobral [colaboração na elaboração desta seção]. In: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA (WONCA). (Orgs.). **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global**. Portugal: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2009. p. 99-108.

FOUCAULT, M. **Historia da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FRANCO, T; MERHY, E. E. **PSF: contradições e novos desafios**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribunas/PsfTito.htm>>. Acesso em: 20 de maio 2011.

FROTA, A.C. **O processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: o Caso Fortaleza**. 2009. Dissertação (Mestrado Profissional em Vigilância e Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2009.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GONÇALVES, P. L. A Unidade de Referência e a Equipe Volante. In: LANCETTI, A. (Org). **Saúde Mental e Saúde da Família**. Saúde Loucura 7. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001

GONÇALVES NETO, J. U. ; LIMA, A. F. Reconhecimento social, identidade e linguagem: primeiros fragmentos de uma pesquisa sobre perspectivas teóricas atuais no contexto da Psicologia Social. **Psicologia e Saúde**, v. 2, p. 90-97, 2010.

GOYA, A. C. A.; RASERA, E. F. A Atuação do psicólogo nos Serviços Públicos de Atenção Primária à Saúde em Uberlândia-MG. **Horizonte Científico**, 7, 2007.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, fev. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010**. Brasília: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 23 dez. 2011.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, jun. 2004.

KINOSHITA, T. R. **Por uma alternativa aos psiquiatras**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/alternativatykanori.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2012.

LANA, F. C. F.; GOMES, E. L. R. (1996). Reflexões sobre o planejamento em saúde e o processo da reforma sanitária brasileira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.4, n. 1, p. 97-110, 2006.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LANCETTI A. Saúde Mental e Saúde da Família. In: _____. **Saúde Loucura 7**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

LÉVY, A. **Ciências clínicas e organizações sociais**: sentido e crise do sentido. Belo Horizonte: Autêntica/ FUMEC, 2001.

LIMA, A. F. Os movimentos progressivos-regressivos da reforma psiquiátrica antimanicomial no Brasil: uma análise da saúde mental na perspectiva da Psicologia Social Crítica. **Revista Salud & Sociedad**, v. 1, p. 165-177, 2010.

LUZIO, C. A. (2009). Atenção Psicossocial: a importância do trabalho em equipe na construção de um novo modelo em Saúde Mental no Brasil. In: COLÓQUIO

INTERNACIONAL DE PSICOSSOCIOLOGIA E SOCIOLOGIA CLÍNICA, XIII., 2009, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte : Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.

MALFITANO, A. P. S.; LOPES, R. E. Programa de Saúde da Família e agentes comunitários: demandas para além da saúde básica. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 14, n. 3, p. 110-117, 2003.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009

MERCADO-MARTÍNEZ, F. J.; BOSI, M. L. M. Introdução: notas para um debate. In: _____. (Orgs) **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 23- 71.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde, In: MERHY, E. E; ONOKO, R. (Orgs). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde. Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: MERHY, E.E. **SUS em Belo Horizonte** – reescrevendo o público. São Paulo: Xamã. 1998.

_____. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T.B. et al. (Orgs.) **Acolher Chapecó**: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MINAYO, M.C.S; DESLANDES, S.F. **Caminhos do Pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NEPOMUCENO, L. B. Prática da Psicologia no NASF. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família**. Conselho Federal de Psicologia: Brasília, 2009. p. 49 – 60.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 44-57, set-dez. 2004.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, out/2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA (WONCA). (Orgs.). **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global**. Portugal: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2009.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

QUINDERÉ, P.H.D. et. al. A convivência entre os modelos asilar e psicossocial: Saúde Mental em Fortaleza, CE. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 84, p. 137-147, jan./mar 2010.

REIS, V. M.; DAVID, H. M. S. L. O fluxograma analisador nos estudos sobre o processo de trabalho em saúde: uma revisão crítica. **Revista de APS**, v. 13, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/488>>. Acesso em: 16 jan. 2012.

SAMPAIO, J. J. C.; BARROSO, C. M. C. Centros de Atenção Psicossocial e equipes de saúde da família: diretrizes e experiências no Ceará. In: LANCETTI, A. (org). **Saúde Mental e Saúde da Família**. SaúdeLoucura 7. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 199-219.

SAMPAIO, J. J. C. et al. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4685-4694, 2011.

SAMPAIO, J. J. C.; SANTOS, A.W.G.; ANDRADE, L.O.M. Saúde mental e cidadania: um desafio local. In: VILAÇA, E. (Org). **A organização de saúde no nível local**. Saúde Loucura, São Paulo: Hucitec, 1998. p. 267-280.

SANTOS, R. C. **Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) como componente do cuidado em saúde mental**: perspectivas de profissionais da Estratégia Saúde da Família. 2012. 157p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

SILVA, M. B. B. Atenção Psicossocial e Gestão de Populações: Sobre os Discursos e as Práticas em Torno da Responsabilidade no Campo da Saúde Mental. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 127-150, 2005.

TÓFOLI, L. F.; FORTES, S. Apoio Matricial de Saúde Mental na Atenção Primária no município de Sobral, CE: O relato de uma experiência. **Sanare (Sobral)**, v. 6, p. 34-42, 2007.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. **Cidadania e Loucura**: Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 2001.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Construção teórico-epistemológica, discussão e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

_____. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública [online]**, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

UCHIMURA, K. Y. **Integralidade e Humanização na Estratégia Saúde da Família**: percepções de atores implicados na Atenção Básica de Fortaleza-CE. 2010. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva em Associação Ampla) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, IES (UFC/UECE), Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

VIEIRA FILHO, N. G. **Clínica psicossocial**: terapias, intervenções questões teóricas. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 1998.

VIEIRA FILHO, N. G.; NÓBREGA, S. M. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estud. psicol.**, Natal, v.9, n. 2, Mai/Ago. 2004

VÍCTORA, C. G (Org.). **Pesquisa Qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde debate**, v. 32, n. 78-80, p. 27-37, 2008.

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) profissional do NASF,

Sou psicólogo, funcionário do Sistema Municipal de Saúde Escola da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza-CE e estou desenvolvendo, através do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará (UFC), uma pesquisa intitulada “**NASF e a Estratégia Saúde da Família: saúde mental na atenção primária?**”, sob a orientação do Prof. Dr. Luis Fernando Tófoli. O objetivo da presente pesquisa é investigar as ações em Saúde Mental (SM) que se evidenciam na prática dos profissionais do NASF na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Fortaleza. Para tanto estaremos realizando sessões de Grupo Focal (GF), Entrevista e Observação Participante. O número de participantes do GF será entre 6 (seis) e 8 (oito) profissionais. Preconizaremos 2 encontros com cada grupo desses profissionais: O primeiro com objetivo a construção conjunta do fluxograma analisador; O segundo encontro será realizada a discussão da problemática da pesquisa, através da conversa sobre o fluxograma. As entrevistas serão usadas para aprofundamento de questões sobre as práticas, quando não haja esgotamento do tema nos dois encontros focais, podendo o pesquisado optar por não realizá-la. As observações participantes se darão nas aproximações com o campo pesquisado, e nos GF serão materializadas através de registros em diário de campo.

Gostaria de acrescentar que os resultados desta entrevista em grupo, através do Grupo Focal, e individual, ao final das sessões do Grupo Focal, são estritamente confidenciais e em nenhum caso acessíveis a outras pessoas. Dou-lhe a garantia que as informações que estarei obtendo serão apenas para a realização da pesquisa, e seu nome e nada que puder lhe identificar será utilizado. Também lhe asseguro que fotos não serão tiradas, nem realizadas filmagens, apenas a gravação de áudio que será feita através de um aparelho eletrônico de propriedade do pesquisador e a qualquer momento você terá acesso aos arquivos digitais gravados e às anotações das informações obtidas, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. Você tem a liberdade de retirar sua autorização ou consentimento a qualquer momento, sem que isto lhe traga prejuízo algum. Caso precise entrar em contato com o orientador da pesquisa, informo-lhe seu nome e endereço: Prof. Dr. Luis Fernando Tófoli. Endereço Avenida Comandante Marcoaurélio Rocha Ponte, 100, Derby, Sobral. Cep: 62.042.280 / Sobral-Ceará. Fone: 88 3611 8000

ATENÇÃO! Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante sua participação no estudo, dirija-se ao:
Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – CEP/UFC
Rua Professor Costa Mendes, 1608. Rodolfo Teófilo. Fortaleza-CE. CEP: 60430-140
Telefone: 33668044

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Tendo sido satisfatoriamente informado (a) sobre a pesquisa “**NASF e a Estratégia Saúde da Família: saúde mental na atenção primária?**” e estando ciente de meus direitos DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Fortaleza, ____ de _____ de _____

<p>(Assinatura ou digital) da voluntária do estudo</p>	<p style="text-align: center;">Pedro Renan Santos de Oliveira (Responsável pela pesquisa)</p>
--	---

(1ª via pesquisador; 2ª via participante)

ANEXO

