



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**  
**MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**ROSELÉIA CARNEIRO DOS SANTOS**

**NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) COMO COMPONENTE DO  
CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: PERSPECTIVAS DE PROFISSIONAIS DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**FORTALEZA**

**2012**

ROSELÉIA CARNEIRO DOS SANTOS

NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) COMO COMPONENTE DO  
CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: PERSPECTIVAS DE PROFISSIONAIS DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Maria Lúcia Magalhães Bosi.

FORTALEZA

2012

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

- 
- S238n Santos, Roseléia Carneiro dos.  
Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como componente do cuidado em saúde mental: perspectivas de profissionais da Estratégia Saúde da Família. / Roseléia Carneiro dos Santos. – 2012.  
174 f.: il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Mestrado em Saúde Pública, Fortaleza, 2012.  
Área de concentração: Saúde Coletiva.  
Orientação: Profa. Dra. Maria Lúcia Magalhães Bosi.
1. Atenção Primária em Saúde. 2. Programa Saúde da Família. 3. Saúde Mental. 4. Pesquisa Qualitativa. I. Título.

ROSELÉIA CARNEIRO DOS SANTOS

NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) COMO COMPONENTE DO  
CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: PERSPECTIVAS DE PROFISSIONAIS DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Aprovada em: 31/08/2012.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Lúcia Magalhães Bosi (Orientadora e Presidente)

Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Prof. Dr. Francisco Herlânio Costa Carvalho

Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Raimunda Magalhães da Silva

Universidade de Fortaleza - UNIFOR

## AGRADECIMENTOS

A Deus, nas suas diversas formas, por me guiar e proteger sempre.

À minha “grande” família, pela paciência dispensada na elaboração desta dissertação, aceitando a minha ausência em diversos momentos que deixaram de ser partilhados.

À minha querida sobrinha Anne, pela alegria de vê-la adentrando na Saúde Coletiva.

À Fabíola (Fa), pela incondicional presença durante este percurso e mais ainda por ter acreditado, até quando pareceu impossível, na concretização de mais este sonho.

Às amigas Ilka e Jayce, por compartilharem “sonhos acadêmicos” comigo, sempre relativizando dores e alegrias decorrentes das vicissitudes da vida.

A todos os meus amigos e colegas de mestrado, pelos encontros concretos e afetivos que me serviram de “Fortaleza” no decorrer desses últimos anos.

Aos demais amigos que permaneceram na Bahia e em Pernambuco, aos que se somam os espalhados por todo o Brasil, pelo afeto e carinho que me acompanham sempre.

A Evaldo Costa e Paulo Dias, pelo acolhimento, escuta e cuidados a mim concedidos em seus espaços profissionais.

Aos trabalhadores, coordenadores e usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF), por permitirem e acolherem a minha aproximação com a realidade investigada, possibilitando assim, a concretização desta pesquisa.

À Malú Bosi, pelas oportunidades de aprendizado e crescimento conduzidas de forma cuidadosa e humanizada durante todo o processo de construção deste trabalho.

Ao Mestrado em Saúde Pública e ao Departamento de Saúde Comunitária, por me proporcionarem experiências singulares relativas à minha formação.

À Márcia Machado, por partilhar comigo suas vivências docentes ao longo da disciplina de ABS4, apoiando-me no “ser-professor” iniciante.

À Zenaide, Dominik, Beni e Liduína, pela incansável disposição na resolução das demandas acadêmicas, sempre com muito cuidado e presteza.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pelo apoio financeiro e incentivo dispensados na construção desta dissertação.

## RESUMO

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) tem como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Em consonância com as atuais mudanças no modelo de atenção à saúde mental defendido pelo SUS e tendo em vista o aumento do número de casos relacionados à temática, a proposta NASF elege a Saúde Mental como uma das áreas estratégicas de atuação do programa. Considerando a necessidade de acompanhar as experiências em curso no cenário nacional, a presente investigação objetivou compreender, sob a perspectiva de uma equipe Saúde da Família (SF), o lugar do NASF no cuidado em saúde mental na atenção básica do município de Fortaleza-CE. Trata-se de uma pesquisa orientada pelo enfoque qualitativo, alinhado à vertente crítico interpretativa, desenvolvida por meio de análise documental, observação livre e entrevistas semi estruturadas, em uma unidade de saúde localizada na Regional III de Fortaleza-CE, englobando todos os trabalhadores de uma das equipes atuantes no serviço. A categorização do material empírico levou a três temas centrais, a saber: A) Compreensões dos profissionais da equipe SF investigada acerca do fenômeno “Saúde Mental”; B) O cuidado em “Saúde Mental” no contexto da atenção básica: a *práxis* no cotidiano do serviço pesquisado e C) O lugar do NASF no cuidado em “Saúde Mental” na atenção básica. Os resultados apontaram a predominância de uma visão estigmatizada e estereotipada da pessoa com transtorno mental por parte da maioria dos entrevistados, bem como assinalou um processo ainda incipiente de experiências em saúde mental compartilhadas entre profissionais da equipe SF e equipe NASF. Dentre as ações atualmente em curso observamos pouca interação entre os profissionais das referidas equipes, de modo a concluirmos que a reorganização da atenção à saúde, a partir da implantação do NASF, vem enfrentando dificuldades de diversas naturezas no cenário investigado. Apesar disto, reconhece-se que o processo se encontra em andamento, sendo de grande relevância para o fortalecimento das ações de saúde mental do município a garantia da existência de espaços coletivos de discussão, planejamento, pactuação e avaliação dos processos de trabalhos conjuntos, ampliando assim, a capacidade resolutiva das ações de saúde sob responsabilidade da Estratégia Saúde da Família (ESF).

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Programa Saúde da Família. Saúde Mental. Pesquisa Qualitativa.

## ABSTRACT

The Centers for Family Health Support (CFHS) aims to expand the breadth and the scope of the actions of primary care in the Unified Health System (UHS) in Brazil. Aligned with current changes in the model of mental health care advocated by (UHS) and considering the increasing number of cases related to the topic, the CFHS proposal elects Mental Health as one of the strategic areas of operation of the program. Considering the need to monitor ongoing experiments in the national scenario, this research aimed to understand from the perspective of a Family Health Team (FHT), the place of CFHS concerning the mental health care in primary care in Fortaleza-CE. This research is characterized for having a qualitative approach, aligned to the critical interpretive perspective. It was developed through documentary analysis, observation and semi structured interviews in a health care establishment located in the third region of Fortaleza, covering all staff in one of the in service teams. The categorization of empirical data led to three main themes which are: A) understanding of professionals in a FH team investigated about the phenomenon of "Mental Health"; B) The "Mental Health" care in the context of primary care: the everyday practice in the investigated service and C) The place of (CHFS) in terms of care concerning "Mental Health" in primary care. The results indicate the predominance of a stigmatized and stereotyped vision of the person with a mental disorder by the majority of the respondents. It also marked a process of incipient mental health experiences shared among the professionals of health as well as the staff on the team of FH and CFHS. Among the currently ongoing actions there was little interaction among practitioners of those teams, so we concluded that the reorganization of health care, based on the implementation of CFHS, is facing different kinds of difficulties in the scenario investigated. Nevertheless, it is recognized that the process is already occurring and it is of great importance to the strengthening of the mental health services of the city to guarantee the existence of collective spaces of discussion, planning, pact and evaluation of the process of team work, thus extending the resolution capability in health actions under the responsibility of the Family Health Strategy (FHS).

**Keywords:** Primary Health Care. Family Health Program. Mental Health. Qualitative Research.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Evolução da Implantação das Equipes Saúde da Família no Brasil – 1998/2010.	31
<b>Figura 2</b> - Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde – Brasil/agosto 2011.	32
<b>Figura 3</b> - Situação de Implantação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Brasil – 2008/agosto 2011.	35
<b>Figura 4</b> - Rede de atenção à saúde mental.	45
<b>Figura 5</b> - Cobertura por município dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ao final de 2002 e ao final de 2011 (parâmetro de 1 CAPS para cada 100.000 habitantes).	48
<b>Figura 6</b> - Divisão das Secretarias Executivas Regionais (SER) no município de Fortaleza/Ceará/Brasil.	66
<b>Figura 7</b> - Bairros e limites da Secretaria Executiva Regional III – Fortaleza (CE).	68



## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Distribuição quantitativa das equipes de saúde da família, por Secretaria Executiva Regional, antes e depois da convocação dos concursados.	67
<b>Quadro 2</b> - Rede Interpretativa do Estudo.	81
<b>Quadro 3</b> - Distribuição das publicações relacionadas à abordagem da saúde mental no âmbito da atenção básica de acordo com o ano de publicação, título, autores e periódico.	159
<b>Quadro 4</b> - Caracterização dos profissionais de saúde entrevistados, segundo ocupação, sexo, nível de escolaridade, idade e tempo de atuação na ESF.	171

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Evolução do Número de Núcleos de Apoio à Saúde da Família Implantados no Brasil – abril 2008/agosto 2011.	35
<b>Gráfico 2</b> - Expansão dos CAPS no Brasil (1998-2011).	47

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABS - Atenção Básica à Saúde

ABS4 - Assistência Básica à Saúde 4

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

AMQ - Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CAPSad - Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSi - Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil

CBO - Código Brasileiro de Ocupações

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

ESF - Estratégia Saúde da Família

GEEON - Grupo de Educação e Estudos Oncológicos

GM - Gabinete do Ministro

HEMOCE - Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará

HUWC - Hospital Universitário Walter Cantídio

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICC - Instituto do Câncer do Ceará

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IPC - Instituto de Psiquiatria do Ceará

LAPQS - Laboratório de Avaliação e Pesquisa Qualitativa em Saúde

LILACS - Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEAC - Maternidade Escola Assis Chateaubriand

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PACS - Programa Agentes Comunitários de Saúde

PIBIC - Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica

PMAQ-AB - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNH - Política Nacional de Humanização

PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PQS - Pesquisa Qualitativa em Saúde

PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família

PSE - Programa de Saúde na Escola

PSF - Programa Saúde da Família

PST - Projeto de Saúde no Território

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RP - Reforma Psiquiátrica

RPB - Reforma Psiquiátrica Brasileira

RSB - Reforma Sanitária Brasileira

SC - Saúde Coletiva

SCIELO - Scientific Electronic Library Online

SER's - Secretarias Executivas Regionais

SERCEFOP - Secretaria Executiva Regional do Centro de Fortaleza

SF - Saúde da Família

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SRT's - Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFC - Universidade Federal do Ceará

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNIVASF - Universidade Federal do Vale do São Francisco

UPHG's - Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais

WHO - World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>PREÂMBULO</b>	<b>14</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>19</b>
<b>2 MARCO CONCEITUAL</b>	<b>27</b>
2.1 Contextualização da política de saúde anterior ao NASF	27
2.1.1 <i>Pressupostos da atenção básica e da Estratégia Saúde da Família (ESF)</i>	29
2.2 Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): conhecendo a proposta	33
2.2.1 <i>Ferramentas tecnológicas necessárias à operacionalização dos NASF</i>	36
2.2.2 <i>Contribuições do Modelo de Apoio Matricial e Equipe de Referência e da Perspectiva da Clínica Ampliada à Proposta NASF</i>	38
2.3 Saúde mental no contexto do SUS	41
2.3.1 <i>Modelo de atenção à saúde mental vigente no SUS</i>	44
2.3.2 <i>Contribuições do conceito de rede para a perspectiva integrativa dos serviços de saúde mental</i>	51
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO</b>	<b>58</b>
3.1 Pressupostos Epistemológicos	58
3.1.1 <i>Sobre a Pesquisa Qualitativa em Saúde</i>	59
3.1.2 <i>Sobre o campo da Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde</i>	60
3.1.3 <i>Sobre o enfoque crítico interpretativo do estudo</i>	63
3.2 Cenário da Pesquisa	65
3.2.1 <i>O campo: critérios de seleção e caracterização</i>	69
3.3 Atores Envolvidos	72
3.4 Desenvolvimento da Pesquisa: técnicas e instrumentos utilizados no trabalho de campo	73
3.4.1 <i>Análise Documental</i>	74
3.4.2 <i>Observação Livre</i>	75
3.4.3 <i>Entrevistas</i>	76
3.5 Processamento e Análise do Material Empírico	77
3.6 Considerações Éticas do Estudo	79
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>80</b>
4.1 Tema A: Compreensões dos profissionais da equipe SF investigada acerca do fenômeno “Saúde Mental”	82
4.2 Tema B: O cuidado em “Saúde Mental” no contexto da atenção básica: a práxis no cotidiano do serviço pesquisado	95
4.3 Tema C: O lugar do NASF no cuidado em “Saúde Mental” na atenção básica	125
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>139</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>144</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>158</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>173</b>

## PREÂMBULO

“Quem não se mexe nada aprender.”

(Michel Serres)

O interesse em compreender “*o lugar do NASF no cuidado em saúde mental na atenção básica de Fortaleza-CE*”, como objeto de investigação da presente dissertação, não se constituiu um fenômeno isolado. Ao contrário, expressa a confluência de saberes e vivências adquiridos ao longo da minha<sup>1</sup> formação, integrados, neste trabalho, sob a forma de um novo olhar sobre a Saúde Mental, em sua interface com a Atenção Básica. Por esta razão, antes de contextualizar o problema de pesquisa, em termos da conjuntura política, social e científica onde se insere a questão, gostaria de situá-lo no que diz respeito aos sentidos e afetos que a problemática assume em minha trajetória acadêmica e, por conseguinte, na minha existência.

Sinto-me impulsionada a partir deste ponto, por compartilhar o entendimento de que “toda produção de conhecimento se dá a partir de uma tomada de posição que nos implica politicamente” (PASSOS; BENEVIDES DE BARROS, 2009, p. 151) o que nos faz reconhecer a dimensão subjetiva presente em muitos objetos de interesse da saúde (PASSOS; BENEVIDES DE BARROS, 2009; UCHIMURA; BOSI, 2002). Nessa direção, gostaria de ressaltar que, do mesmo modo como nosso objeto de estudo não estava dado *a priori*, conforme veremos a seguir, a escrita da presente dissertação apresenta-se apenas como uma versão (dentre tantas outras possíveis) da experiência vivida, encerrando-se assim, qualquer possibilidade de se tomar os diálogos tecidos ao longo deste trabalho como verdades<sup>2</sup> acerca da realidade estudada.

Desse modo, esperamos, com a discussão subsequente, fornecer elementos que possibilitem uma maior compreensão, por parte do leitor, dos componentes envolvidos na

---

<sup>1</sup> Mesmo se tratando de um trabalho de cunho acadêmico, peço licença ao leitor para iniciar a presente dissertação em primeira pessoa, tendo em vista os fatos aqui narrados serem referentes a uma subjetividade específica, ligada a acontecimentos da minha trajetória pessoal e profissional. Nos demais momentos do trabalho, utilizarei o “nós” como forma de expressar a construção de um trabalho feito em diálogo com minha orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Lúcia Bosi, refletindo também as contribuições dos demais membros do Laboratório de Avaliação e Pesquisa Qualitativa em Saúde - LAPQS, decorrentes dos encontros do grupo de pesquisa, coordenado pela referida professora.

<sup>2</sup> Partimos do questionamento do conceito de verdade como sinônimo de confiabilidade, apoiando-nos nas discussões da sociologia da ciência colocadas por Pierre Bourdieu (1976). Para este autor, a verdade está atrelada às condições sociais de sua produção, razão pela qual não é possível conceber uma ciência neutra e desinteressada política e socialmente.

escolha, construção e materialização do presente objeto, propondo-me o exercício da *reflexividade*<sup>3</sup>, tendo em vista o lugar de onde falo se mostrar atravessado por experiências, sentidos e afetos singulares.

### **Os primeiros passos de uma trajetória (ainda) iniciante...**

Considero que tive uma aproximação, digamos, antecipada com o campo<sup>4</sup> da Saúde Coletiva (SC) quando, por volta do terceiro período do curso de Psicologia ingressei no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da Universidade Federal do Vale do São Francisco (PIBIC/UNIVASF) para realizar pesquisa em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no município de Juazeiro-BA. Recordo-me bem que, àquela época, enquanto o currículo básico de Psicologia discutia questões de caráter epistemológico e disciplinas de áreas afins (Anatomia, Estatística, Genética), eu já me via imersa no cotidiano de uma proposta de serviço substitutivo destinado às pessoas com transtorno mental, experimentando todas as dores e prazeres decorrentes desta aproximação.

O fato narrado acima, apesar de ocorrer entre os anos de 2005-2006, encontra-se concatenado com o objeto de pesquisa aqui em questão, tendo em vista as discussões relativas ao campo da saúde mental, preliminarmente abordadas no início da minha graduação, serem retomadas na presente dissertação. Assim como, é digno de menção que o contato com algumas reflexões fenomenológicas decorrentes de algumas disciplinas da graduação, a saber: *Fenomenologia, Fundamentos da Clínica Psicológica e Estágios Profissionalizantes I e II*, exerceram também certa influência na escrita deste trabalho, das quais gostaria aqui de retomar o conceito específico de “*disposição afetiva*”, como eixo estruturante da justificativa pessoal envolvida na materialização da presente dissertação.

Giordani (1997, p. 80), parafraseando Heidegger, define tal conceito como sendo “a impressão repentina que sentimos de encontrar-nos no mundo como um ser lançado aí”. O conceito pode ainda ser entendido como ‘*sensibilidade*’, ‘*sentimento de sua situação original*’, servindo perfeitamente para descrever o meu encontro com a SC, tendo como pano de fundo uma perspectiva compreensivista dos fenômenos a mim apresentados.

---

<sup>3</sup> Entendida como postura que atribui ênfase à subjetividade do pesquisador no processo de construção do conhecimento (FLICK, 2009a; 2009b; BOURDIEU, 2004).

<sup>4</sup> A terminologia “campo” está sendo empregada conforme pensamento do sociólogo Pierre Bourdieu (1976) como um espaço constituído por relações de forças e interesses que se entrelaçam e disputam lugar constituindo-se, pois, em um campo de luta.



Tal encontro fala, portanto, de ‘disposição’, modo pelo qual nos apresentamos ao mundo, não se resumindo aqui a interesses teóricos/epistemológicos, mas, como dito acima, fala ainda sobre quem sou, como me vejo e acima de tudo como vejo e sinto o outro. Assim, se estar-no-mundo é “cuidar das coisas necessárias a seus projetos” (REALE, 2000, p. 205), concluo que a SC passou, a partir da experiência inicial em CAPS, a se constituir um dos meus projetos, transversalizando a minha trajetória acadêmica, profissional e, acima de tudo, existencial.

Alguns outros trabalhos de pesquisa e extensão foram também desenvolvidos, ao longo da minha graduação, constituindo-se em experiências dignas de menção (a exemplo do Projeto de Extensão em Escolas da Rede Pública, Projeto de Extensão em CAPS, etc.). No entanto, gostaria de mencionar aqui, outro aspecto estruturante da minha trajetória, que se coloca como uma instigante e desafiadora questão, seja no âmbito pessoal (em defesa de uma visão de homem e de mundo complexa) seja mais especificamente, como psicóloga (o que me obriga a pensar o lugar desta categoria profissional nos diversos espaços de atuação, em articulação com as demais profissões). Faço referência aqui à minha aproximação com as discussões referentes à Atenção Básica à Saúde (ABS), por volta do ano de 2007, quando me encontrava na metade do curso de Psicologia.

Naquele momento eu já trazia algumas contribuições das experiências anteriores no campo da SC, todavia, com determinadas lacunas, provenientes da minha formação, que não previa discussões aprofundadas sobre ABS.<sup>5</sup>

No decorrer do primeiro ano de pesquisa, muitos foram os momentos que me fizeram pensar não haver sentido uma estudante de Psicologia está inserida em um contexto que, *a priori*, não fazia parte do seu âmbito de atuação. Concentrei então meus estudos no debate acerca da inserção de outras categorias profissionais na equipe mínima do Programa Saúde da Família (PSF), por esta se mostrar uma via potente de articulação entre Psicologia e ABS, sendo a minha posição, àquela época, favorável a tal inserção. O argumento utilizado por mim era o da necessidade de um “profissional da escuta” na equipe básica.

Não precisaram muitas leituras para que eu lançasse outro olhar sobre a questão, e aqui destaco o próprio documento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com os

---

<sup>5</sup> A partir do quarto ano da graduação em Psicologia da Universidade Federal do Vale do São Francisco - UNIVASF, o aluno opta por duas ênfases, referentes ao currículo profissionalizante do curso: Educação ou Saúde. Caso a opção seja pela ênfase em Saúde (opção feita por mim), algumas questões tais como “Integralidade e Cuidado”, “Trabalho em equipe”, “Promoção da Saúde”, são debatidas. Entretanto, cabe salientar que tais discussões englobam os serviços de saúde de maneira geral, sem necessariamente se aprofundar em políticas de saúde específicas, a exemplo da Política Nacional de Atenção Básica, o que compromete o entendimento de aspectos relativos à estrutura e funcionamento de determinados serviços.

seus preceitos, assim como, alguns textos que discutiam a lógica do trabalho em equipe e os pressupostos da integralidade e humanização, os quais me fizeram compreender que escuta acolhedora não é prerrogativa de nenhuma categoria profissional. Ao contrário, por não se fundamentar em técnicas e ensinamentos teóricos, a escuta pode ser entendida como uma postura, uma afetação, necessitando, dentro outras qualidades, da denominada “disposição afetiva”, referida anteriormente.

Diante de tal compreensão, decorrente das discussões do grupo de pesquisa em ABS, passei então a me preocupar com a seguinte questão: *“Se médicos, enfermeiros, técnicos e agentes de saúde podem acolher e escutar, não sendo esta uma habilidade exclusiva do psicólogo, qual seria então a contribuição desta categoria profissional para o âmbito da atenção básica?”*. Foi então que passei a me interessar pelas discussões relativas ao *“Lugar do psicólogo na Atenção Básica à Saúde”*, apoiando-me em questões maiores que me acompanharam durante toda a graduação e que, atualmente, mesmo com o mestrado, ainda permanecem inquietantes em mim, a saber: *“Qual a importância do psicólogo nas políticas públicas de saúde? Qual o lugar/contribuição deste profissional em tal âmbito? Qual a relevância de suas ações no âmbito do SUS? Em que este profissional contribui para o desenvolvimento de um projeto de sociedade mais justa, democrática e solidária?”*.

O contato com o campo da pesquisa, gerador de outros sentidos e significados, e a leitura de alguns textos do Gastão Wagner de Sousa Campos (1999; 2007<sup>6</sup>), fizeram-me vislumbrar possibilidades outras de integração entre Atenção Básica e Psicologia, no ano de 2008. Os trabalhos a que faço alusão discutiam a temática do Apoio Matricial e Equipe de Referência, lançando mão de discussões referentes a novos arranjos organizacionais e do trabalho no âmbito da saúde. É digno de menção que, ainda em 2007, foi lançada a versão preliminar da portaria que viria a regulamentar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), prevendo a psicologia como uma das categorias que poderia compor a equipe de profissionais dos núcleos, apontando um devir na prática do psicólogo neste cenário. Foi, portanto, nesta busca de sentido para a minha inserção em pesquisas científicas com a temática da atenção básica (que se mostrava instigante e interessante, mas que necessitava de maiores subsídios) que me deparei com a proposta NASF, interessando-me na compreensão dos seus princípios e diretrizes, bem como, nos modos como as primeiras experiências se dariam.

Como parte deste interesse, debruicei-me mais intensamente, a partir de 2009, sobre es-

---

<sup>6</sup> Este último trabalho em coautoria com Ana Carla Domitti.

ta temática, dedicando o meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) ao entendimento da implantação do programa em um município baiano.

As experiências decorrentes de pesquisas ao longo da minha graduação me proporcionaram a compreensão de que nem sempre a finalização de um trabalho científico vem acompanhada das respostas de todas as nossas dúvidas e inquietações. Ao contrário, muitas vezes, ao findarmos uma pesquisa, inúmeras dimensões emergem como lacunas, favorecendo assim, um movimento cíclico e processual de questões e problemas de investigação. É como se passássemos a reconhecer que o conhecimento que obtivemos é apenas uma parte de um todo mais complexo, ou nas palavras de Laplantine (2007, p. 21), apenas “uma cultura possível entre tantas outras, mas não a única” e isso nos impulsionasse a querer, cada vez mais, compor uma peça do quebra cabeça. Como consequência desta ação, a pluralidade da vida e a complexidade dos fenômenos passam então a funcionar como uma espécie de desafio ético imposto ao pesquisador (MORIN, 2001) e com isso nos lançamos incessantemente em novas questões.

Reside, em parte, neste aprendizado a motivação que me fez participar da seleção do Programa de Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará – UFC, no final de 2009, quando ainda me encontrava em etapa de finalização da minha graduação. Assim, o mestrado, do qual se origina a presente dissertação, surge, nesse contexto, como uma oportunidade de amadurecimento e novas compreensões acerca do campo da Saúde Coletiva, da Pesquisa Qualitativa em Saúde<sup>7</sup> e por fim, acerca da proposta NASF como estratégia de potencialização das ações de saúde mental na atenção básica.

Por fim, não poderia deixar de mencionar a minha experiência como docente<sup>8</sup> no Departamento de Saúde Comunitária da UFC com um dos alicerces deste trabalho. As discussões decorrentes de sala de aula, das leituras teóricas, assim como as primeiras aproximações com o “ser professor” emergirão ao longo deste trabalho, compondo uma parte da minha história. Nessa direção, as duas últimas experiências assumem lugar de destaque na minha trajetória, profissional e pessoal, por se revelarem profícuos espaços de aprendizagem e formação.

---

<sup>7</sup> Ambas as pesquisas de Iniciação Científica anteriormente mencionadas fundamentaram-se nos preceitos da Pesquisa Qualitativa em Saúde (PQS), residindo, em parte, neste aspecto o meu interesse pela linha de pesquisa do Mestrado vinculada ao LAPQS.

<sup>8</sup> Refiro-me a minha aprovação no concurso para professor substituto da disciplina Assistência Básica à Saúde 4 (ABS4) – Saúde Comunitária, da graduação em Medicina da UFC, no final de 2010.

## 1 INTRODUÇÃO

“Ninguém sabe nadar de fato antes de ter atravessado, sozinho, um rio largo e impetuoso, um braço de mar agitado. [...] Parta, mergulhe.”

(Michel Serres)

### **Contextualizando o problema de pesquisa...**

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram formalizados mediante Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 04 de março de 2008, como um mecanismo para potencialização e fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) no cenário nacional (BRASIL, 2008). De modo geral, o objetivo da proposta é “ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica” (BRASIL, 2008, p. 02). Para tanto, fica estabelecido que os NASF serão constituídos por equipes multiprofissionais que atuarão em parceria com os profissionais da ESF, fornecendo apoio técnico e pedagógico às equipes das unidades sob sua responsabilidade.

Os NASF encontram-se fundamentados nas dimensões da integralidade, acolhimento e humanização da atenção, sendo, portanto, estratégias favorecedoras de ações que integram outras políticas sociais, a exemplo das relativas ao âmbito da educação, do esporte, da cultura, do trabalho, do lazer, etc. (BRASIL, 2008).

Em virtude de a portaria que regulamenta os NASF ter entrado em vigor há pouco mais de quatro anos, são escassas, na literatura, publicações que sirvam de subsídio para a consolidação de um programa coerente e bem fundamentado. Os documentos base da proposta, contendo as principais informações sobre os NASF consistem na Portaria 154/08, juntamente com a publicação “Diretrizes do NASF”, integrante da coleção “Cadernos da Atenção Básica do Ministério da Saúde” e mais recentemente a Portaria GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Entretanto, por serem documentos técnicos, de cunho normativo e generalista, estes se mostram um tanto inespecíficos em alguns aspectos, contribuindo assim para diversas interpretações/atuações

dos NASF, em uma miscelânea teórico-metodológica que poderá ir de encontro com os ideais da proposta.

Destarte, mesmo destacando que os NASF não se constituem “porta de entrada” do sistema de saúde, a portaria prevê, por exemplo, que os mesmos realizem “atendimento a casos específicos”, possibilitando que muitos cenários compreendam o NASF como um serviço especializado, responsável por fornecer atendimento clínico/individual das mais diversas especialidades à população de um determinado território, transferindo assim, a responsabilidade de algumas ações de saúde das equipes Saúde da Família (SF) para a equipe NASF. Pensar os núcleos de apoio sob este enfoque representa o retrocesso a um modelo médico-assistencial de saúde, baseado em uma lógica curativista e tecnicista, atualmente alvo constante de críticas, por não atender as demandas da população e por ser contrário à perspectiva de um sistema de saúde universal, resolutivo e democrático (PAIM, 2009).

Aliada a esta questão, tem-se a escassez de materiais teóricos que orientem os processos de trabalho dos núcleos, os quais se encontram fundados na integração de saberes e no diálogo entre os diferentes sujeitos. Nesse âmbito, os trabalhos de Gastão Wagner de Sousa Campos (1999; 2000; 2003; 2007) surgem como alicerces importantes que podem servir de base para se pensar a organização do trabalho defendida pela Portaria GM nº 154/08. Entretanto, ressalta-se que esse é um dos poucos autores com quem a proposta estabelece interlocução, sendo também um modelo teórico considerado recente, nem sempre discutido nas academias e por profissionais da área de saúde. Acrescenta-se ainda o fato da proposta de organização do trabalho defendida por Campos (1999; 2007) não se constituir um *modus operandi* do NASF, mas antes uma possibilidade, dentre tantas outras, de operacionalização da proposta.

Outro motivo que justifica a execução da presente investigação é a necessidade de se problematizar a importância da avaliação dos serviços de saúde para o planejamento e tomada de decisão no âmbito das políticas de saúde (SILVA, 1999; NOVAES, 2000; DESLANDES, 1997; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004). Por ser este um campo ainda pouco valorizado por gestores e profissionais da área, assumindo em alguns cenários o caráter de um processo dispendioso, constrangedor e punitivo, faz-se necessário problematizar a importância da avaliação como ferramenta promotora de mudanças no processo de implantação/implementação de programas e serviços de saúde.

Cabe aqui destacar que várias críticas têm sido feitas em relação a algumas limitações teórico-metodológicas no campo da avaliação dos serviços de saúde. As principais referem-se à diversidade de métodos existentes na área e as limitações da avaliação de caráter ortodoxo

(BOSI; MERCADO, 2006; FURTADO, 2001; DESLANDES, 1997; SCHRAIBER et al., 1999). Buscando superar tais entraves, enfatizamos, neste trabalho, a relevância do uso de sistemas de avaliação não tradicional de programas de saúde, nos quais os sujeitos implicados no processo não funcionam apenas como fonte de informações, mas também como sujeitos capazes de refletir sobre a sua prática e, conseqüentemente, de transformá-la (BOSI; MERCADO, 2006).

Assinala-se ainda que, por se tratar de um programa criado recentemente pelo Ministério da Saúde (MS), assim como, por estar pautado em um modelo de organização do trabalho de caráter não prescritivo e com foco nas ações de promoção da saúde (aspectos nem sempre valorizados, tendo em vista a predominância do modelo biomédico em grande parte dos cenários de saúde) são frequentes opiniões que expressam dúvidas, críticas e sugestões concernentes à operacionalização das ações desenvolvidas pelos NASF. Nesse contexto, avaliações e relatos a respeito da implantação e funcionamento dos NASF no Brasil, contados por quem viveu/observou o processo, abre espaços para reflexões, compreensões e questionamentos potencialmente capazes de orientar uma prática mais fundamentada e resolutive.

No que se refere especificamente ao recorte do objeto desta dissertação, atribuímos ênfase às ações do NASF relativas ao campo da saúde mental, conferindo destaque às mudanças no modelo de atenção à saúde advindas do SUS (BRASIL, 2001; 2003a; 2010b; 2011d). Estas preveem, dentre outras ações, ampliação e qualificação do cuidado nos serviços comunitários de base territorial, considerando a atenção básica um *locus* privilegiado de atenção às pessoas com transtorno mental (LANCETTI; AMARANTE; 2007).

Diante deste panorama, o debate acerca do cuidado em saúde mental na atenção básica vem se estruturando ao longo dos últimos anos, justificando assim, a pertinência em se abordar os desafios e/ou potencialidades em relação à qualidade do cuidado dispensado nos dispositivos pertencentes a tal modalidade.

Cabe de antemão assinalar que a literatura referente à temática, por nós acessada na etapa exploratória deste estudo, mostra-se permeada de lacunas, sobretudo no que se refere aos estudos com foco na produção subjetiva do cuidado<sup>9</sup>.

A análise da pesquisa bibliográfica realizada, utilizando-se como descritores “*saúde mental*” e “*atenção básica*” ou “*saúde mental*” e “*Programa Saúde da Família*”, nos

---

<sup>9</sup> No Apêndice A (Quadro 3) resumimos a revisão de literatura referente ao cuidado em saúde mental na atenção básica realizada para efeito desta dissertação nas bases de dados LILACS e SCIELO.

permitiu verificar um aumento exponencial de publicações sobre a temática do cuidado em saúde mental na atenção básica, principalmente nos últimos anos. Embora à primeira vista este resultado se mostre interessante, ao se trabalhar na revisão sistemática com o acréscimo do descritor “*pesquisa qualitativa*”, observamos uma redução considerável do número de trabalhos, sugerindo assim, a supremacia de métodos quantitativos no universo das publicações relativas à este objeto. Tendo em vista o interesse em contribuir com o avanço do conhecimento concernente à temática, legitimamos a importância de se desenvolver pesquisas com orientações metodológicas distintas do modelo tradicional, como as de enfoque qualitativo, alinhada à vertente crítico interpretativa, que pela própria natureza da abordagem, encontram-se voltadas para a produção subjetiva dos sujeitos implicados.

Partindo de tais considerações, bem como na reconhecida prevalência, ao que se soma uma crescente incidência, de problemas relacionados à área de saúde mental na população brasileira, nos apoiamos ainda em duas prerrogativas presentes nas regulamentações do NASF, referentes ao campo da saúde mental, para justificar a execução da presente proposta, a saber: a sugestão da Portaria 154/08, de que cada núcleo de apoio conte com pelo menos 1 (um) profissional dessa área<sup>10</sup>, dada a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais no cenário atual (BRASIL, 2008); assim como, a consideração, contida no documento técnico “*Diretrizes do NASF*”, da saúde mental como uma das 9 (nove) áreas estratégicas de atuação do programa, tornando-a, portanto, merecedora de uma atenção especial no que se refere a operacionalização das ações do NASF (BRASIL, 2010a).

Visando o desenvolvimento da pesquisa, elegemos os pressupostos da *Abordagem Qualitativa em Saúde* (MINAYO, 2010; BOSI; MERCADO, 2007) como eixo norteador da proposta, destacando-se, dentre eles, a questão da subjetividade como componente a ser considerado nas atividades de avaliação de programas de saúde (UCHIMURA; BOSI, 2002).

Como parte deste intento, apresentaremos a seguir uma retrospectiva do processo de construção do nosso objeto, apoiando-nos, para tanto, nas discussões que reconhecem o papel ativo do investigador, através de suas opções teóricas, no delineamento do objeto de seu interesse (PIRES, 2010). Não pretendemos, com tal discussão, cair em um subjetivismo ideológico, o qual atribui demasiada ênfase à atividade do pesquisador, mas antes oferecer subsídios para uma maior compreensão, por parte do leitor, das etapas pelas quais passou o estudo. Nessa direção, concordamos com a opinião de Deslauriers e Kérisit (2010) de que se

---

<sup>10</sup> São considerados, na Portaria 154, profissionais de saúde mental: psicólogos, psiquiatras e terapeutas ocupacionais (BRASIL, 2008).

trata, na verdade de um “objeto negociado”, tendo em vista o mesmo, muitas vezes, estar condicionado a circunstâncias e fatores estruturais nem sempre de domínio do pesquisador.

### **A construção do objeto de investigação...**

Em comum acordo com os preceitos da Abordagem Qualitativa, elegemos, como aspecto fundamental do presente estudo, a noção de “objeto construído”, entendido neste trabalho como *procedimento metodológico do pesquisador* (PIRES, 2010). Assim, ao falarmos em “objeto construído” estamos nos referindo à possibilidade de o investigador selecionar aspectos considerados importantes para seu estudo, escolher conceitos com os quais trabalhará, bem como o referencial interpretativo que utilizará em sua análise, à luz das suas escolhas iniciais, etc. (PIRES, 2010). Trata-se, portanto, de um conceito que envolve todo o processo da pesquisa, e não apenas a etapa referente ao seu delineamento, funcionando ao mesmo tempo como ponto de partida e de chegada da grande maioria das investigações (DESLAURIERS; KÉRISIT, 2010).

No que se refere à construção do objeto de investigação da presente dissertação, esta se deu em distintos momentos, englobando-se tanto etapas antecedentes ao mestrado, já aqui assinaladas, como também contribuições decorrentes dos espaços de formação proporcionados pelo mesmo. Assim, debates ocorridos em salas de aulas, reuniões de encontros tutoriais, vivências proporcionadas pelo estágio à docência, participação em Congressos e nos Seminários de Desenvolvimento de Pesquisas (bancas de defesa e qualificação dos colegas) constituíram-se em experiências favoráveis à delimitação do objeto, a seguir delineado.

A título de ilustração, apresentaremos uma breve análise de algumas das transformações pelas quais o presente objeto passou - desde a etapa de seleção do mestrado, em 2009, até o momento do exame de qualificação do projeto de dissertação, em dezembro de 2011 - como forma de elucidar o caminho percorrido por nós no processo de construção do mesmo até chegarmos finalmente à pergunta condutora deste estudo.

Inicialmente, para efeito da seleção de mestrado, circunscrevi a minha temática de interesse de estudo ao “**processo de implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no cenário nacional: realidades, perspectivas e desafios da proposta**”. Tratava de um objeto de estudo um tanto inespecífico, expresso em uma questão abrangente, que não contemplava, por exemplo, o cenário e os atores da investigação, tampouco valorizava a dimensão subjetiva e algumas especificidades centrais ao estudo. Diante disto, os primeiros



encontros tutoriais sinalizaram a necessidade de reformulações do objeto de estudo a ser trabalhado, algumas delas operacionalizadas ao longo da disciplina de “Desenvolvimento de Projeto de Pesquisa I”, creditada no segundo semestre de 2010. As discussões provenientes da referida disciplina aprimoraram alguns aspectos limitantes da proposta inicial de trabalho, elegendo a cidade de Fortaleza-CE como cenário do estudo, bem como, o verbo “compreender” como condutor da pergunta norteadora da pesquisa, naquele momento expressa da seguinte forma: **“Como está se dando o processo de implantação/implementação do NASF em Fortaleza-CE?”**.

A conclusão das disciplinas obrigatórias do mestrado e a retomada dos encontros tutoriais, com mais intensidade, em 2011, demarcaram algumas fragilidades ainda vigentes no objeto de estudo construído, apontando a necessidade de delimitarmos o que estávamos chamando de “processo de implantação/implementação”. Diante das inúmeras possibilidades de recorte, passamos a nos interessar pelas **“concepções e expectativa dos profissionais do NASF quanto ao papel do programa e as ações de saúde por eles desenvolvidas”**, assinalando assim o nosso intuito em trabalhar com a equipe de profissionais do NASF como atores do estudo.

Conforme amadurecemos esta última ideia, deparamo-nos com alguns possíveis entraves que nos fizeram repensar as potencialidades e fragilidades em se trabalhar “concepções e expectativas” de profissionais inseridos em uma proposta recente, datada de 2008, no âmbito nacional, e implantada, no município de Fortaleza-CE, apenas em meados de 2009. Chegamos então à conclusão, em reunião de grupo de pesquisa, de que a recente trajetória dos profissionais do NASF poderia vir a comprometer o desenvolvimento do estudo, já que um tempo exíguo de atuação, por vezes, dificulta a emergência de reflexões aprofundadas, por parte dos sujeitos implicados, acerca de suas práticas.

Assim, em junho de 2011, optamos por trabalhar com profissionais da ESF que estivessem lotados há pelo menos 2 (dois) anos na atenção básica, sendo esta condição um dos critérios de inclusão na amostra do estudo. Cabe aqui esclarecer que há sempre certa arbitrariedade nos recortes temporais das pesquisas de orientação qualitativa, de modo que, neste trabalho, elegemos o período acima como um tempo plausível para que a equipe Saúde da Família (SF) pudesse se familiarizar com a proposta NASF, adquirindo assim, acúmulo subjetivo que lhe possibilitasse discorrer sobre o lugar atribuído a este programa na conjuntura de suas ações. Como resultado desta problematização, passamos a ter como objeto de estudo: **“concepções, experiências e expectativas da Estratégia Saúde da Família em**

**relação ao papel e ações de saúde propostos pelo NASF, à luz do discurso oficial da portaria que o regulamenta”.**

Por fim, tendo em vista a amplitude inerente aos possíveis papéis e ações de saúde desenvolvidos pelo NASF, optamos em agosto de 2011 por enfatizar o cuidado em saúde mental na atenção básica como pano de fundo para se compreender o lugar atribuído pelos profissionais da ESF ao NASF.

Como podemos observar, não apenas construímos o nosso objeto em distintos momentos, como também contamos com a contribuição de diversos atores, o que nos faz pensar que os encontros entre pesquisadores, teorias e realidade empírica foram decisivos na constituição do mesmo, finalmente expresso neste trabalho mediante seguinte questão norteadora: **“Como a equipe de SF compreende o lugar do NASF no cuidado em saúde mental na atenção básica do município de Fortaleza-CE?”**.

Fundamentando-nos em tal pergunta, consideramos como objetivo geral de nosso estudo *“compreender, sob a perspectiva da equipe de SF, o lugar<sup>11</sup> do NASF no cuidado em saúde mental na atenção básica do município de Fortaleza-CE”*.

Como objetivos específicos, elegemos os seguintes aspectos a serem abordados na pesquisa:

1) *Identificar, nos relatos da equipe de SF, práticas de saúde mental no contexto da atenção básica, desenvolvidas em parceria com os profissionais do NASF;*

2) *Analisar potencialidades e dificuldades, apontadas pela equipe de SF, para a operacionalização das ações de cuidado em saúde mental a serem desenvolvidas em parceria com o NASF;*

3) *Identificar expectativas, por parte da equipe de SF, quanto ao lugar dos profissionais do NASF no cuidado em saúde mental na atenção básica;*

---

<sup>11</sup> A opção pelo uso do termo “lugar”, neste trabalho, encontra-se justificada no potencial da terminologia em expressar noção de dinamismo, estando em comum acordo com a perspectiva crítica da presente investigação. Nesta direção, “lugar” é entendido aqui não como delimitação precisa ou local específico, mas sim, como espaço dinâmico de circulação de pessoas, objetos, ações e pensamentos. Monken et al (2008, p. 02) discutindo a importância do conceito de território para o âmbito da saúde, lança mão da visão de Milton Santos acerca do espaço geográfico como “um conjunto indissociável de sistemas de objetos (fixos) e de ações (fluxos) que se apresentam como testemunhas de uma história escrita pelos processos do passado e do presente”. Seguindo racionalidade semelhante, utilizamos, neste trabalho, a expressão “lugar” como uma forma de valorizar as distintas dimensões do programa NASF, relativas tanto aos componentes fixos (aspectos normativos da proposta) quanto aos seus fluxos (ações, experiências e expectativas), numa postura que, longe de negar as tensões e conflitos, próprios do objeto em questão, busca compreendê-los, mediante atitude integrativa.

4) *Analisar a correspondência entre as expectativas apresentadas pela equipe de SF e as experiências atualmente em curso no município de Fortaleza-CE.*

Buscando contemplar os objetivos propostos pelo estudo, organizamos a presente dissertação em 5 (cinco) capítulos, os quais contemplam: *introdução, marco conceitual, percurso metodológico, resultados e considerações finais.*

Tendo em vista o primeiro capítulo consistir na apresentação do principal problema a ser investigado, etapa concretizada na presente discussão, partiremos do que constará no segundo capítulo da dissertação. Este será referente ao marco teórico e conceitual da pesquisa, desdobrando-se nas discussões referentes ao SUS e à Política Nacional de Atenção Básica, bem como na apresentação dos principais fundamentos da proposta NASF e da problemática da Saúde Mental no contexto do SUS.

Em seguida, traçaremos o percurso metodológico adotado no estudo, de modo a dialogar com as discussões sobre a Pesquisa Qualitativa em Saúde, Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde, o enfoque crítico-interpretativo do estudo, o cenário e os atores constituintes do mesmo, assim como as técnicas e os instrumentos utilizados no trabalho de campo. Ainda neste capítulo, abrangeremos a questão do processamento e análise do material empírico e, por fim, as considerações éticas relativas à pesquisa.

O quarto capítulo é dedicado à exposição dos resultados e discussão da pesquisa, constando dos temas centrais e suas dimensões analíticas decorrentes da rede interpretativa tencionada pela investigação. São considerados temas centrais do estudo: *Compreensões dos profissionais da equipe SF investigada acerca do fenômeno “Saúde Mental”*; *O cuidado em “Saúde Mental” no contexto da atenção básica: a práxis no cotidiano do serviço pesquisado*; e *O lugar do NASF no cuidado em “Saúde Mental” na atenção básica.*

Por fim, o quinto e último capítulo diz respeito às considerações finais desta investigação, funcionando como espaço propício para reflexões decorrentes das vivências, aprendizados e possíveis questões a serem desdobradas em estudos futuros.

## 2 MARCO CONCEITUAL

“Depois de ter deixado a margem, você continuará durante algum tempo muito mais perto dela do que da outra à sua frente, tempo bastante, pelo menos, para que seu corpo se aplique ao cálculo e silenciosamente reflita que ainda pode voltar. Até um certo limiar, você conserva esta segurança: o mesmo que dizer que ainda não partiu.”

(Michel Serres)

### 2.1 Contextualização da política de saúde anterior ao NASF

A partir da década de 80 o sistema de saúde brasileiro passou por um amplo processo de mudanças que culminou com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) na política nacional. O surgimento desse novo modelo de atenção à saúde encontrou respaldo, segundo Silva e Lima (2005), em dois fatores determinantes: na crise pela qual o sistema de saúde vinha passando nos últimos anos (com déficit de recursos e incapacidade de dar respostas às condições de saúde da população) e nas contribuições decorrentes do movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RSB), nas décadas de 1970 e 1980, o qual preconizava a importância das políticas públicas de saúde para a construção de uma sociedade mais justa, democrática e solidária (SCHRAIBER, 2008; PAIM, 2008).

A promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, no ano de 1988, é considerada, neste contexto, marco relevante, trazendo inúmeras repercussões para o estabelecimento das políticas públicas de saúde, traçadas a partir de então. O referido documento lança mão da saúde como “direito de todos e dever do Estado”, pregando o acesso universal e igualitário às ações e serviços, mediante uma rede regionalizada e hierarquizada integrante de um sistema único de saúde, organizado pelas seguintes diretrizes: descentralização das ações e serviços, atendimento integral (com priorização das atividades preventivas, sem prejuízo das assistenciais) e, por fim, incentivo à participação da comunidade (BRASIL, 2011a).

Estabelecidos os aspectos normativos constitucionais, a lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, instituiu as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, versando

ainda sobre a organização e funcionamento dos serviços de saúde no Brasil<sup>12</sup>. O SUS é entendido, neste documento, como o conjunto de ações e serviços de saúde responsáveis pela identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, pela formulação de políticas de saúde e também pela assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

Tomando por base o exposto acima, constatamos que desde a década de 90 o SUS assume contornos que vão desde as ações de identificação e monitoramento de agravos, passando pelo estabelecimento de políticas, com vistas à melhoria das condições de vida das populações até o planejamento e execução de serviços assistenciais. Nessa direção, como nos aponta Paim (2009) o SUS não se reduz à reunião de palavras como *sistema, único e saúde*. A diferenciação, feita por este autor, entre *sistema de saúde*, entendido como um conjunto de agentes e agências (tais como mídia, escolas, indústria, etc.) que interferem direta ou indiretamente nas questões relativas à saúde e a noção de *sistema de serviços de saúde* como algo mais restrito, responsável diretamente pelo cuidado de saúde dos indivíduos e das populações, nos remete à complexidade inerente à sigla SUS, necessária de ser assinalada diante das várias dimensões, objetivos e interesses que atravessam a palavra em questão.

Tal complexidade encontra respaldo, dentre outros aspectos, no próprio entendimento do fenômeno saúde-doença, não mais visto sob o prisma de relações unicasais (agente patológico em contato com humano sadio que teria como desfecho a doença). O reconhecimento de que saúde e doença são estados influenciados pelas experiências singulares dos sujeitos, assim como, por fatores culturais, econômicos e sociais (CZERESNIA, 2003; HELMAN, 2003) tem sido cada vez mais aceito nas discussões sobre os determinantes e condicionantes da saúde, exigindo, pois, novos arranjos institucionais e de intervenções profissionais.

Nesta direção, o SUS é entendido como um conjunto de leis, normas, dispositivos de saúde, trabalhadores e usuários, todos em constante movimento em busca da concretização e legitimação do preconizado no âmbito normativo. Não é algo dado e terminado, mas sim, negociado e pactuado, desde a elaboração das leis e operacionalização das medidas por parte

---

<sup>12</sup> Em 2011, a lei 8.080 passou por algumas transformações, expressas mediante Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Esta nova regulamentação versa sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde e assistência à saúde, incluindo a articulação interfederativa como componente relevante para a consolidação do SUS. Espera-se, com a regulamentação da Lei 8.080, mais transparência na gestão do SUS, maior segurança nas relações interfederativas e controle social mais efetivo (BRASIL, 2011b).

dos gestores até a execução das ações de profissionais no cotidiano dos serviços, tendo em vista a atenção dos usuários.

Partindo de tal entendimento, as políticas de saúde a seguir apresentadas, são apreendidas neste trabalho como resultado de amplos e intensos debates ao longo dos últimos anos. Longe de se restringirem a uma discussão vinculada ao setor saúde, tais políticas são também conquistas fundamentais para a democratização da sociedade, de bens e serviços públicos e, por que não dizer, de valores tais como os de igualdade e de equidade.

A saúde como um componente intimamente relacionado à organização social e econômica do País faz do SUS um projeto amplo, entendido para além dos limites de uma política social ou de saúde, situando-o em uma perspectiva de *reforma social* (PAIM, 2008). Trata-se, portanto, de uma modalidade de organização da saúde, fruto de um processo de Reforma Sanitária que impulsiona a tessitura de diálogos entre os mais diversos segmentos (o político, o econômico, o social e o cultural), tendo em vista o SUS se constituir um sistema único em um país marcado por realidades distintas.

### **2.1.1 Pressupostos da atenção básica<sup>13</sup> e da Estratégia Saúde da Família (ESF)**

A Declaração de Alma-Ata, resultante da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, de 1978, define cuidados primários como:

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias na comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento [...] (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA – OMS/UNICEF, 1978, p. 01).

De um modo geral, representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, constituindo-se a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011c). Segundo definição de Starfield (2002, p. 28) “fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito

<sup>13</sup> As expressões “Atenção Básica” e “Atenção Primária” foram encontradas de forma alternada no material de revisão de literatura acessado. Tendo em vista a ausência de um discurso unívoco e delimitação conceitual precisa em torno de tais nomenclaturas (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009), optamos por utilizar “Atenção Básica” para fazermos alusão ao primeiro nível de atenção em saúde, por ser esta a terminologia adotada pelo Governo Federal em grande parte dos seus documentos oficiais. O termo “Atenção Primária” aparecerá, ao longo deste trabalho, apenas nas citações literais de documentos internacionais, preservando assim o enunciado transcrito.

incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros”. A autora ainda destaca o componente de responsabilidade pelo acesso e qualidade dos serviços prestados, assim como, pelas ações de prevenção, tratamento e reabilitação, além do trabalho em equipe com vistas à integralidade da atenção prestada (STARFIELD, 2002).

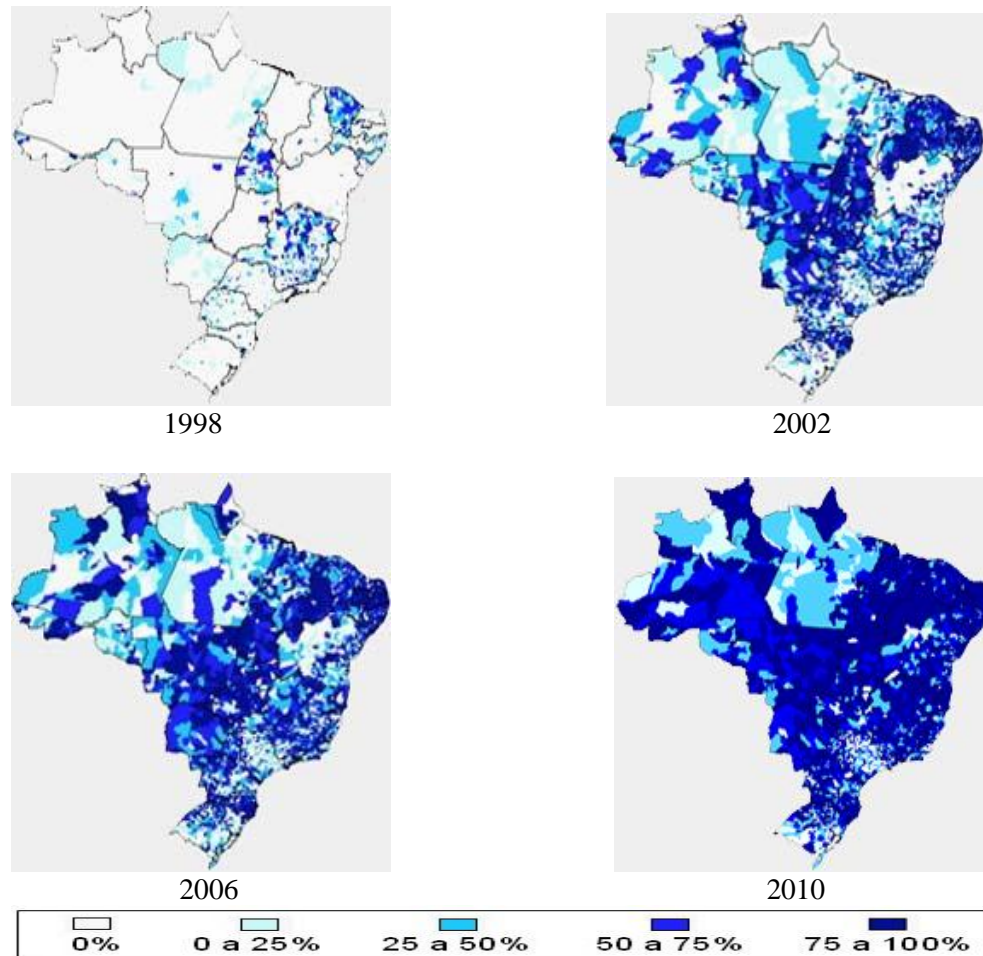
No Brasil, os pressupostos da atenção primária encontram-se expressos na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), datada de 2006, revista e ampliada mediante Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. No entanto cabe salientar que, ainda na década de 90, em conformidade com o preconizado pelo SUS, iniciou-se a estruturação de uma rede de serviços, denominada Programa Saúde da Família (PSF), de base territorial e comunitária, responsável pela “prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua” (FONTINELE JÚNIOR, 2003, p. 14).

O Programa Saúde da Família se estabelece como política de saúde brasileira, por volta do ano de 1994, com o objetivo de reorientar o modelo assistencial de saúde até então vigente. Através da proposta, buscava-se estabelecer modos de atenção e cuidado, integrais e contínuos, que superassem as limitações e dificuldades decorrentes de um arranjo tecnicista e hospitalocêntrico, que não mais atendia às necessidades de saúde da população. Para tanto, elege como ponto central a valorização não apenas de indivíduos, mas de famílias e grupos comunitários em seu ambiente físico e social mediante “estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população” (BRASIL, 1997, p. 07).

A partir de 2006, o PSF passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), tornando-se uma política permanente, norteadora das ações de saúde no cenário brasileiro. O principal argumento para a mudança de nomenclatura foi a consolidação da proposta em várias regiões do Brasil, conforme evidenciado na Figura 1, superando assim, a perspectiva de programa, muitas vezes atrelada à intervenções verticais, de caráter pontual, que se dão paralelas às atividades dos serviços de saúde (ROSA; LABATE, 2005).

A ESF assume, então, lugar de destaque no cenário nacional, enfocando um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrange “a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2011c, p. 03).

Figura 1 - Evolução da Implantação das Equipes Saúde da Família no Brasil – 1998/2010



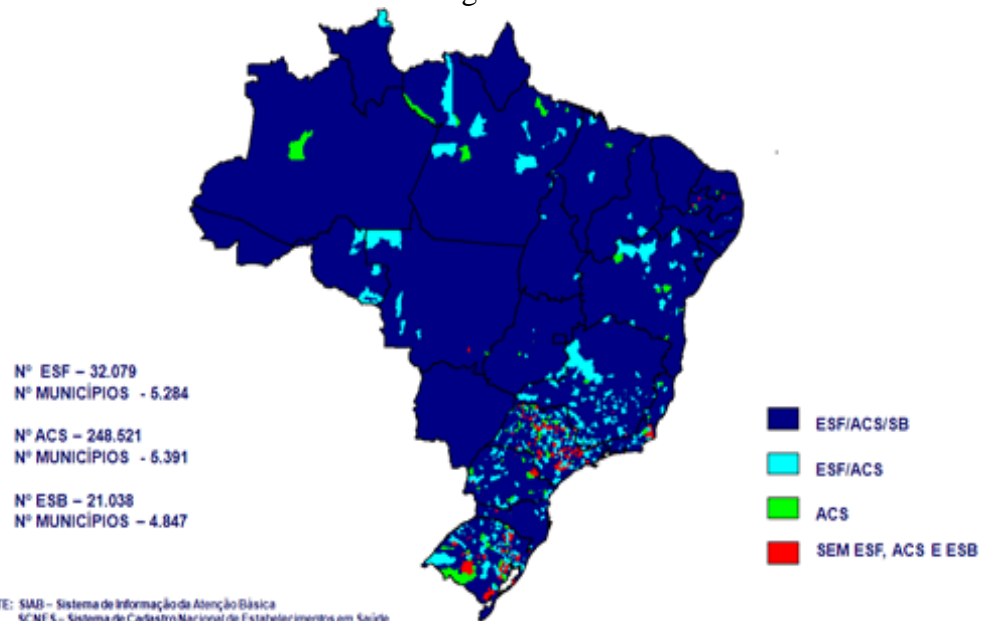
Fonte: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#numeros>.

Dentre os diversos objetivos da ESF, a política prevê que a equipe de saúde, ao executar ações dirigidas às populações, torne-se responsável pela realidade sanitária a ela vinculada, fazendo da ESF um dos modelos de organização de serviços de saúde mais próximos das condições de vida das pessoas (BRASIL, 2006). Nesta direção, as equipes de saúde da família deveriam propor práticas de saúde acessíveis e acolhedoras que contribuíssem de fato com a melhoria das condições de vida das pessoas, promovendo continuidade das ações e longitudinalidade do cuidado. Para tanto, preconiza-se o exercício de “práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe” e com lógica territorial de acompanhamento dos casos, orientadas pelos princípios da “universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2011c, p. 03).



Se levarmos em consideração o histórico de implantação da ESF na conjuntura atual, representado na figura anterior bem como na seguinte, observaremos que poucos municípios brasileiros não aderiram à política de saúde, o que nos faz afirmar que em termos de cobertura a estratégia se encontra dentro do esperado, consolidando-se, cada vez, mais no cenário nacional.

Figura 2 - Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde – Brasil/agosto 2011



Fonte: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#numeros>.

No entanto, dificuldades na operacionalização dos objetivos da ESF têm sido apontadas por diversos estudos (TORRES; ENDERS, 1999; MOURA; SOUSA, 2002; ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004; ALVES, 2005), sendo os principais problemas relacionados à concretização de ações de promoção da saúde, bem como diversas limitações físicas e estruturais que impedem o desenvolvimento de ações condizentes com o previsto em manuais e regulamentações que orientam a política nacional de atenção básica e o SUS. Nessa conjuntura, cabe destacar o pensamento de Ayres (2001, p. 02), para quem a criação de políticas e propostas inovadoras não são por si só provocadoras de transformações, visto que podem limitar-se apenas a um “rearranjo político-institucional de um mesmo sistema de saúde ainda extremamente excludente do ponto de vista social, limitado em seus impactos tecnológicos e perverso na perspectiva econômica”.

Nessa direção, tendo em vista superar entraves e obstáculos relativos à efetividade da ESF, algumas ações foram pensadas pelo MS, instância responsável pela atenção à saúde no

Brasil. O Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (PROESF) e o Projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), atualmente Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), são alguns exemplos de medidas de acompanhamento e avaliação da atenção básica com vistas à melhoria da qualidade das ações e serviços prestados. No entanto, faz-se necessário destacar a urgência em se desenvolver instrumentos de avaliação dos serviços de saúde fundamentados na satisfação dos usuários (ARRUDA, 2009), garantindo assim, de modo mais efetivo, o acesso e condições mais dignas de cuidado para a população, indo contra as modalidades de avaliação com foco demasiado em indicadores, metas e resultados.

Uchimura (2010), em estudo de natureza qualitativa realizado na cidade de Fortaleza-CE, aponta o predomínio de práticas não resolutivas na atenção básica, expressas mediante incapacidade dos dispositivos em atender as necessidades ou expectativas dos usuários.

Em pesquisa de natureza semelhante, porém entrevistando usuários do sistema, Arruda (2009) evidencia unanimidade, por parte dos participantes do estudo, quanto à valorização e necessidade de práticas de saúde mais humanizadas e acolhedoras na ESF, “onde a escuta, o toque, o diálogo, o olhar e a sensibilidade se façam presentes na relação” (ARRUDA, 2009, p. 133).

Pensados a partir desta conjuntura, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) surgem no cenário nacional, tendo como objetivo primordial desenvolver, em conjunto com a equipe SF, estratégias de aperfeiçoamento e fortalecimento da atenção básica. Espera-se que o programa contribua com o aumento da resolubilidade dos casos sob responsabilidade da ESF, mediante ação interdisciplinar e intersetorial, com ênfase nos pressupostos da integralidade, promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2010a). Nessa direção, a proposta NASF lança mão do desafio da atuação conjunta, integrada e intersetorial na ESF, principalmente no que tange a uma concepção ampliada de saúde, defendida pelos pressupostos do SUS (MÂNGIA; LANCMAN, 2008).

## **2.2 Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): conhecendo a proposta**

Os NASF foram instituídos, mediante Portaria GM nº 154/08 com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica (BRASIL, 2008). Trata-se de um programa fundamentado nas diversas políticas e estratégias do Estado que visam à garantia da saúde como direito básico da população, possuindo como pressupostos básicos norteadores das suas ações: a) a garantia de bem-estar físico, mental e social, assim como a

integralidade da atenção, garantidas por constituição; b) a proposta do Pacto pela Saúde; c) a Política Nacional de Atenção básica e a proposta de fortalecimento da Estratégia Saúde da Família; d) a Política Nacional de Promoção da Saúde e de Integração da Pessoa com Deficiência; e) as diretrizes nacionais para a Saúde Mental; f) a Política Nacional de Alimentação e Nutrição; g) a Política Nacional de Saúde da Criança e da Mulher; e h) a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC).

Tendo em vista a operacionalização das ações de saúde sob sua responsabilidade, os NASF encontram-se estruturados em nove áreas estratégicas, a saber: saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/práticas corporais; e, por fim, práticas integrativas e complementares (BRASIL, 2010a).

No que se refere à composição do programa, os NASF são formados por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar “de maneira integrada aos profissionais das Equipes Saúde da Família, das Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais, etc.) e academia da saúde” (BRASIL, 2011c, p. 23), fornecendo apoio técnico e pedagógico às equipes ao programa vinculadas.

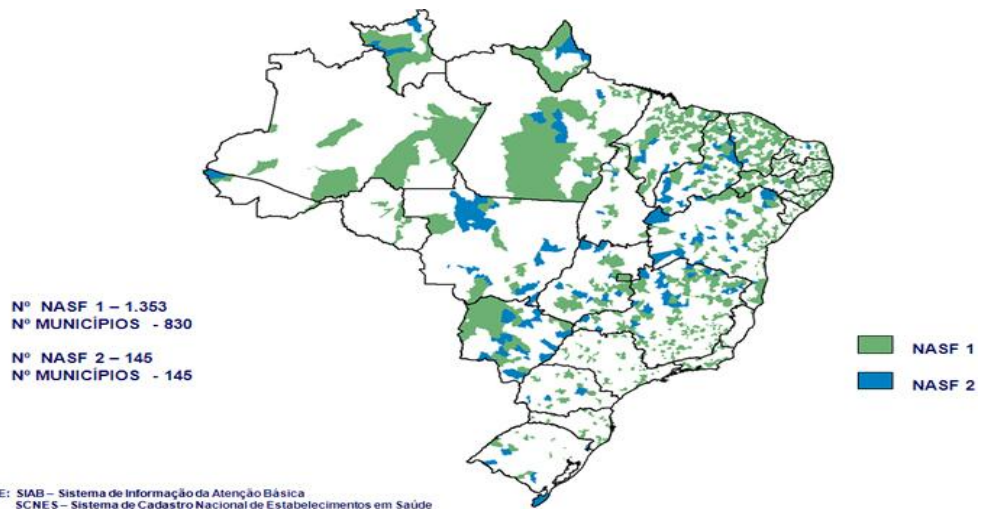
Quanto ao arranjo organizacional dos NASF, a portaria prevê que os mesmos se organizem em duas modalidades: NASF 1 e NASF 2 (BRASIL, 2011c). Segundo portaria 154/08, o NASF 1 poderá ser formado por, no mínimo, cinco profissionais de nível superior. Já o NASF 2 exige, no mínimo, três profissionais de nível superior (BRASIL, 2008). Cada NASF 1 deverá ficar responsável pelo acompanhamento de no mínimo 8 (oito) Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de atenção básica até 15 (quinze) equipes, no máximo<sup>14</sup>. Já o NASF 2 poderá vincular-se a, no mínimo, 3 (três) e, no máximo, 7 (sete) equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de atenção básica.

A Figura 3, com a distribuição das modalidades dos NASF nos municípios brasileiros e o Gráfico 1, apresentado à seguir, demonstram o panorama geral dos NASF no Brasil, tomando como pano de fundo a evolução do número de equipes NASF implantadas desde 2008 no cenário nacional.

---

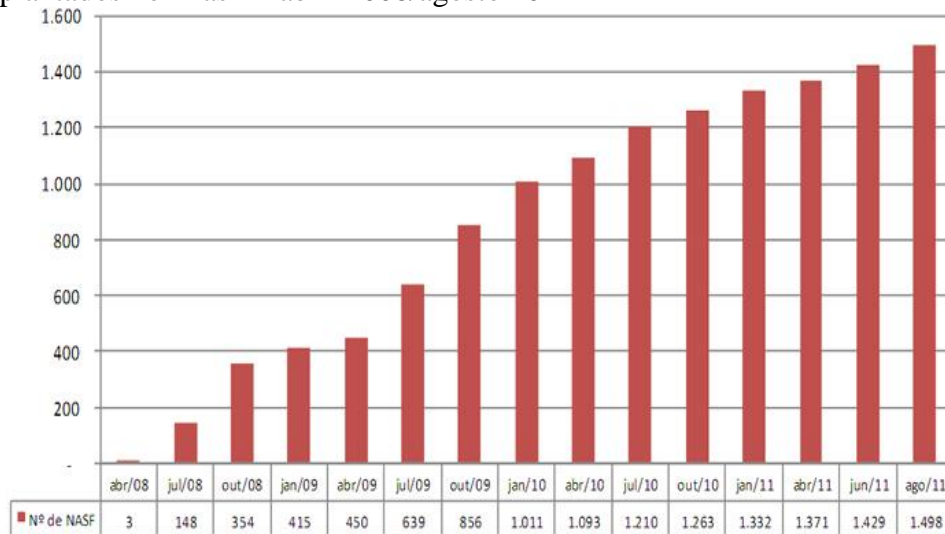
<sup>14</sup> A portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011, referente à nova regulamentação da Atenção Básica acrescenta que “Excepcionalmente, nos municípios com menos de 100.000 habitantes dos Estados da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense, cada NASF 1 poderá realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 5 (cinco) e no máximo 9 (nove) equipes” (BRASIL, 2011c, p. 25).

Figura 3 - Situação de Implantação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Brasil – 2008/agosto 2011



Fonte: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#numeros>.

Gráfico 1 - Evolução do Número de Núcleos de Apoio à Saúde da Família Implantados no Brasil – abril 2008/agosto 2011



FONTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica  
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Fonte: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#numeros>

As seguintes categorias do Código Brasileiro de Ocupações (CBO) poderão compor as equipes NASF: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica); Médico do Trabalho; Médico Veterinário; profissional com formação em arte e educação (arte educador) e

profissional de saúde sanitaria (graduação ou pós-graduação em saúde pública ou coletiva) (BRASIL, 2011c).

Cabe salientar que a composição das equipes NASF será definida pelos gestores municipais “seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas” (BRASIL, 2011c, p. 25). Entretanto, reconhecendo a incidência cada vez maior de problemas relacionados à área de saúde mental na população brasileira; sugere-se que cada núcleo conte com pelo menos 1 (um) profissional dessa área.

Dentre as ações de saúde a serem desenvolvidas pelo NASF, destacam-se:

discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes e etc. (BRASIL, 2011c, p. 24).

Faz-se necessário ressaltar que, conforme explícito na portaria, “Os NASF não se constituem porta de entrada do sistema e devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes Saúde da Família” (BRASIL, 2008, p. 02). Ou seja, espera-se que o trabalho desenvolvido entre ESF e NASF esteja organizado sob o eixo do trabalho coletivo e da gestão participativa do processo de trabalho (CAMPOS, G., 2003), no qual o fortalecimento dos atributos e do papel da ESF seja o foco das ações e não a transferência de responsabilidade.

A responsabilização compartilhada entre as equipes SF e a equipe do NASF na comunidade prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrareferência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS (BRASIL, 2008, p. 02).

Por serem constituídos por diversas especialidades e por demandarem trabalho em equipe, os NASF têm nos diálogos e colaborações tecidas em conjunto suas principais ferramentas de trabalho, conforme veremos a seguir.

### ***2.2.1 Ferramentas tecnológicas necessárias à operacionalização dos NASF***

A proposta NASF pode ser entendida, dentro de uma visão mais ampla, como uma importante estratégia da saúde em defesa da construção coletiva de práticas (gestão colegiada), na medida em que não só os profissionais de saúde, mas os diversos segmentos

sociais são vistos como atores que podem contribuir para a formação de uma clínica mais comprometida e participativa (CAMPOS, G., 2003).

Nessa direção, para que tal modelo de gestão colegiada funcione algumas ferramentas tecnológicas foram eleitas como favoráveis aos processos de trabalho do NASF, destacando-se dentre elas, o apoio matricial, apresentado na seção seguinte, a Pactuação do Apoio e, por fim, as noções de Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Projeto de Saúde no Território (PST).

A ferramenta de Pactuação de Apoio defendida pela proposta NASF delimita-se em duas atividades básicas:

- a) Avaliação conjunta da situação inicial do território entre os gestores, equipes de SF e o Conselho de Saúde. Consistem na discussão, negociação e análise das categorias profissionais a serem escolhidas para compor o NASF, tomando-se como ponto de partida as necessidades de saúde do território que mais necessitam de apoio.
- b) Pactuação do desenvolvimento do processo de trabalho e das metas, entre os gestores, a equipe do NASF, a equipe SF e a participação social – Atividade a ser desenvolvida rotineiramente entre as equipes, os usuários e os gestores, tendo em vista a organização dos processos de trabalho do NASF.

No que se referem aos PTS, estes podem ser entendidos como um “conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar” (BRASIL, 2007, p. 40). Na compreensão de Oliveira, G. (2008, p. 15) trata-se de “um dispositivo para mudança do processo de trabalho em saúde, da gestão e da clínica”, o qual se encontra fundamentado na identificação do público prioritário e das atividades/práticas necessárias em cada área de atuação. Nessa direção, espera-se que os projetos terapêuticos singulares funcionem como mecanismos que valorizem as especificidades de cada usuário ou grupo, a sua história de vida, assim como sua rede social, mostrando-se um importante articulador no desenvolvimento de ações de saúde mais participativas e contextualizadas.

De modo análogo à proposta de PTS, a noção de Projeto de Saúde no Território (PST) surge da necessidade de integração dos diversos planos de cuidado existentes no território, funcionando como uma “estratégia das equipes de SF e do NASF para desenvolver ações

efetivas na produção da saúde em um território que tenham foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais” (BRASIL, 2010a, p. 29).

A proposta se inicia com o estabelecimento de uma área e/ou população vulnerável ou em risco, debruçando-se, em seguida, na elaboração e consolidação da situação/necessidade de saúde. Assim como no PTS, todo o processo de construção do PST é de responsabilidade conjunta da equipe SF e NASF, confluindo no fortalecimento da integralidade do cuidado. A proposta busca ainda fundamentar-se nos pressupostos da promoção da saúde, da participação social e da intersetorialidade, assim como, na criação/implementação de espaços coletivos favoráveis à discussão e pactuação dos projetos de saúde de interesse da comunidade.

### ***2.2.2 Contribuições do Modelo de Apoio Matricial e Equipe de Referência e da Perspectiva da Clínica Ampliada à Proposta NASF***

Apesar de não haver, nos documentos normativos que regulamentam os NASF, uma referência direta à proposta de gestão do trabalho em saúde defendida por Campos (1999; 2007), se reconhece nesses alguns pressupostos pertencentes às noções de Apoio Matricial e Equipe de Referência desenvolvidas pelo autor.

Através destes conceitos, Campos (1999; 2007) propõe um novo arranjo organizacional para o trabalho em saúde, fundamentado nas diretrizes do vínculo terapêutico, na transdisciplinaridade<sup>15</sup> e na gestão de coletivos, com vistas a estimular o compromisso das equipes com a produção da saúde nos mais diversos dispositivos.

O conceito de Equipe de Referência alude a “um rearranjo organizacional que busca deslocar o poder das profissões e corporações de especialistas, reforçando o poder de gestão da equipe interdisciplinar” (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 400). Dentro dessa lógica, cada equipe é composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais para a condução de determinados problemas de saúde, o que a torna responsável pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário, funcionando como profissionais de maior vínculo da população referenciada (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Nas palavras dos autores, “parte-se da

---

<sup>15</sup> Campos (1999) utiliza os conceitos de transdisciplinaridade e interdisciplinaridade de modo alternado ao longo do seu trabalho, sem se pretender a distinções. No entanto, conforme pensamento de Passos e Benevides de Barros (2000), transdisciplinaridade e interdisciplinaridade constituem-se arranjos distintos. A noção de transdisciplinaridade remete a um conjunto de forças onde fluxos diversos (disciplinas, conceitos, etc.) se atravessam, interferindo um sobre o outro, sem necessariamente pretender a uma estabilidade, uma nova conformação. Para estes últimos autores, o objetivo primordial de uma ação transdisciplinar é “caotizar os campos, desestabilizando-os ao ponto de fazer deles planos de criação de outros objetos-sujeitos” (p. 77). Diferentemente, espera-se que uma ação interdisciplinar, ocasione novas formatações, criando um terceiro elemento “que se espera estável, idêntico a si e para o qual pode-se definir um objeto próprio” (p. 77).

suposição de que uma reordenação do trabalho em saúde segundo a diretriz do **vínculo terapêutico** entre equipe e usuários estimularia a produção progressiva de um novo padrão de responsabilidade pela coprodução de saúde” (CAMPOS, 1999, p. 395).

No âmbito da atenção primária à saúde, as equipes Saúde da Família funcionariam como equipes de referência dos indivíduos, famílias e comunidades localizadas em seus territórios de abrangência, sendo portanto, responsáveis pela atenção longitudinal dos aspectos clínicos e sanitários existentes em sua realidade.

Por outro lado, levando-se em consideração a necessidade de se aumentar a capacidade de resolver problemas das equipes de referência, o apoio matricial seria constituído por profissionais com núcleos de saberes diversos, que se encarregariam de assegurar a retaguarda ou apoio especializado a estas equipes. O apoio neste caso poderia ser tanto de retaguarda assistencial como de suporte técnico-pedagógico, objetivando sempre “construir e ativar espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores” (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 401).

A noção de “apoio”, defendida pelos autores, encontra-se fundamentada no Método Paidéia, proposto por Campos (2000) e parte do pressuposto de que “tanto na gestão do trabalho em equipe, quanto na clínica, na saúde pública ou nos processos pedagógicos, a relação entre sujeitos com saberes, valores e papéis diferentes pode ocorrer de maneira dialógica” (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 402).

Assim sendo, o Método Paidéia funcionaria como uma estratégia potencializadora de ações terapêuticas, à medida que investe na promoção, tratamento e cuidado em saúde, a partir da participação de diferentes atores sociais: profissionais, usuários, familiares e comunidade em geral. Destaca-se, portanto, neste método, a importância do estabelecimento e fortalecimento dos vínculos entre profissionais de saúde e população, obtidos por meio de uma gestão dialógica e participativa dos processos de saúde/doença/cuidado.

Traçando-se novamente paralelos, o arranjo pensado como apoio matricial pode ser entendido, atualmente, como correspondente ao papel dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família que, em consonância com os objetivos da Política Nacional de Humanização (PNH), a PNAB e demais estratégias do MS, consiste na busca pela “mudança de uma cultura organizacional ainda em desacordo com os princípios do SUS” (BRASIL, 2007, p. 39).

Apoio Matricial e Equipe de Referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 400).



Assim como nos conceitos de Apoio Matricial e Equipe de Referência, a compreensão de Clínica Ampliada, defendida pelos autores, encontra-se baseada em modos que buscam romper com a lógica predominante na Clínica Oficial, fundamentando-se nas noções de transdisciplinaridade, de responsabilidade compartilhada e de vínculo entre equipe de saúde e usuário (CAMPOS, G., 2003). Busca-se, com esta perspectiva, romper com o enfoque exacerbado no biológico e nas doenças, o qual atribui valor central à noção de cura e às especialidades, responsáveis pela fragmentação do cuidado (CAMPOS, C., 2003). Para tanto, propõe-se que as ações em saúde se desenvolvam para além da mera definição do diagnóstico e do tratamento medicamentoso, assumindo a integralidade da atenção. Nessa direção, a perspectiva de Clínica Ampliada supõe, entre outros objetivos, pensar ações de saúde integrais que visem

a ampliação e o desenvolvimento da dimensão cuidadora na prática dos profissionais de saúde, o que lhes possibilita tornar-se mais responsáveis pelos resultados das ações de atenção à saúde e mais capazes de acolher, estabelecer vínculos e dialogar com outras dimensões do processo saúde-doença não inscritos no âmbito da epidemiologia e da clínica tradicional (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b, p. 1407).

Portanto, a compreensão de clínica defendida por Campos, G. (2003) opõe-se à Clínica Oficial, também conhecida por tradicional, na medida em que esta se torna bastante limitada no que se refere à compreensão do sujeito frente aos processos saúde/doença/intervenção. Consonante com tal pensamento, Ceccim (2008, p. 262) ressalta que a realidade nos serviços públicos de saúde tem demonstrado que “não está em negociação impor ou não a condição multiprofissional. Devemos reconhecer a imposição social da multiprofissionalidade”. Tal assertiva encontra-se respaldada no reconhecimento de que os diferentes cenários com que o profissional de saúde se depara atualmente exigem posturas e ações que vão além do trato com enfermidades, indicando a necessidade de desenvolvimento de trabalhos conjuntos, fundamentados na escuta do usuário, na criação de vínculos e afetos, na adoção do compromisso ético, de ações intersetoriais, entre outras práticas profissionais.

A construção coletiva de práticas de saúde (gestão colegiada), na qual os diferentes segmentos sociais possam contribuir para a formação de uma clínica mais comprometida e participativa, é entendida, segundo perspectiva da clínica ampliada, como responsável pelo aumento da potência das ações terapêuticas. Nesta direção, o desafio maior atualmente é pensar estratégias no âmbito do trabalho em saúde que superem “uma simples justaposição de diferentes profissionais [...] que mantém a fragmentação do trabalho e do olhar em relação à

saúde do usuário, característico do modelo biomédico que se pretende superar” (GOMES, 2007, p. 19-20).

Por fim, ações decorrentes de uma clínica ampliada, alicerçada no eixo do trabalho em equipe e na valorização das singularidades de cada sujeito, parecem traduzir novas modalidades de cuidado no âmbito da saúde, baseadas na compreensão de que o enfrentamento das questões de saúde de uma população depende das potencialidades criativas dos trabalhos coletivos (ANDRADE; ARAÚJO, 2003).

### **2.3 Saúde mental no contexto do SUS**

Em conformidade com as transformações das políticas públicas de saúde no Brasil, intensificadas a partir da década de 80, o campo da Saúde Mental tem vislumbrado, ao longo dos últimos anos, processos de reestruturação do seu modelo assistencial, embutidos de ideais reformistas decorrentes de diversos movimentos nacionais e internacionais (OLIVEIRA, W., 2008). Em tal conjuntura, a publicação *Declaração de Caracas* (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE - OMS/OPAS -, 1990), a nível mundial, e os relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental ocorridas nos anos de 1987, 1992, 2001 e 2010 consistem em alguns dos produtos oriundos de movimentos importantes no âmbito da saúde mental (SUS, 2010), integrantes de um processo maior, denominado Reforma Psiquiátrica (RP), disparado ainda no final dos anos 70 no Brasil (AMARANTE, 1995).

A RP, tanto no Brasil como no mundo, se consolida como uma proposta de reavaliação do modelo convencional de atenção psiquiátrica, hospitalocêntrico e medicamentoso, não mais condizente com as necessidades de saúde da população, principalmente no que diz respeito ao tratamento da pessoa com transtorno mental. O objetivo principal da proposta versa sobre a reorganização das ações referentes ao âmbito da saúde mental, de modo a impulsionar a busca por novas modalidades de cuidado, ao passo em que lança mão de outros discursos e compreensões acerca do fenômeno “loucura”, não mais visto exclusivamente sob a óptica médico-psiquiátrica (AMARANTE, 2003; OLIVEIRA, W., 2008).

Contrário a esta, o movimento de RP encontra-se fundamentado na perspectiva da inclusão social/reabilitação psicossocial, entendida como um conjunto de estratégias destinadas a facilitar a vida de pessoas com transtorno mental (PITTA, 2001). Tentando superar um possível sentido instrumental assumido pelo conceito, Saraceno (2001) define

*Reabilitação* como uma *abordagem*, assinalando que a mesma consiste em “uma estratégia que implica muito mais do que simplesmente passar um usuário, um paciente, de um estado de “desabilidade” a um estado de “habilidade”, de um estado de incapacidade a um estado de capacidade” (SARACENO, 2001, p. 14). Conforme assinala o autor,

Implica numa mudança total de toda a política dos serviços de saúde mental [...]. Reabilitação engloba a todos nós profissionais e a todos os atores do processo de saúde-doença, ou seja, todos os usuários, todas as famílias dos usuários e finalmente a comunidade inteira (SARACENO, 2001, p. 14).

Consiste, pois, nas palavras do autor, em uma “exigência ética” do processo de RP, estando relacionada, dentre outros aspectos, com a “desconstrução” da clínica tradicional e individualizante, a qual segundo Amarante (2003, p. 59) conclama um reinventar-se, tendo em vista “ocupar-se de sujeitos com sofrimento, e de, efetivamente, *responsabilizar-se* para com o sofrimento humano com outros paradigmas centrados no cuidado [...] e na cidadania enquanto princípio ético”.

A Reabilitação Psicossocial pode ser definida, portanto, como um processo de reconstrução diretamente ligado ao exercício pleno de cidadania e contratualidade, entendida como habilidade em efetuar trocas afetivas e materiais, em três cenários: o habitat, a rede social e o trabalho com valor social (SARACENO, 2001).

Por conta do dinamismo que envolve a consolidação dos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), Amarante (1995) sugere que enfoquemos os seus aspectos constituintes como um processo, e não como momentos históricos específicos. Assim, este autor concebe a periodização desse movimento como sendo constituída por trajetórias e não por acontecimentos causais. Este argumento fundamenta-se no reconhecimento de que a concepção de trajetórias permite uma “visualização de percursos, de caminhos que, muitas vezes, se entrecruzam, se sobrepõem” (AMARANTE, 1995, p. 88).

O autor traz essa discussão referente ao caráter processual da Reforma Psiquiátrica em contraponto à compreensão da mesma como *aggiornamento* e *metamorfose*, baseando-se na discussão feita por Robert Castel. Este último ator aponta para o fato de que em muitos cenários as mudanças se deram apenas no âmbito estrutural (reforma administrativa ou técnica), não alterando de modo significativo conceitos, práticas e modos de compreensão sobre o fenômeno “transtorno mental” (AMARANTE, 2003).

Amarante ainda propõe a estruturação da Reforma Psiquiátrica em quatro dimensões, que abarcam os campos: *teórico-conceitual*, *técnico-assistencial*, *jurídico-político* e

*sociocultural*, os quais certamente trazem repercussões para a conjuntura atual do cuidado em saúde na atenção básica.

O campo *teórico-conceitual* da RPB refere-se à “desconstrução” de alguns conceitos (tais como isolamento terapêutico e tratamento moral), tendo em vista a criação de possibilidades diferentes de cuidar. A dimensão *técnico-assistencial* propõe revisitar o modelo assistencial utilizado até então no cuidado às pessoas com transtorno mental, assim como refletir a respeito do que se considera ou não terapêutico nas ações de saúde. Já a dimensão referente ao campo *jurídico-político* busca discutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, direitos humanos e sociais. E por fim, a quarta dimensão, denominada *sociocultural*, busca transformar a compreensão vigente no imaginário social a respeito da loucura (AMARANTE, 2003).

Tendo em vista a efetivação dos ideários do movimento da RPB na *práxis*<sup>16</sup> cotidiana, a Política Nacional de Saúde Mental, fundamentada na lei 10.216/01, propõe a consolidação de um modelo de atenção à pessoa com transtorno mental, de caráter substitutivo, aberto e de base comunitária, contando inicialmente<sup>17</sup> com os seguintes equipamentos: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais e CAPS III). Além destes, contava também com o Programa de Volta para Casa, destinado ao provimento de incentivos financeiros para egressos de longas internações em hospitais Psiquiátricos (BRASIL, 2009).

Levando-se em consideração tal arranjo, a política de saúde mental brasileira prevê que o cuidado às pessoas com transtorno mental deve ser organizado por meio de diversos dispositivos, articulados entre si e com potencial para resolução dos casos em variados níveis de atenção, tendo em vista uma abordagem integral dos sujeitos (BRASIL, 2004a). Desse modo, componentes como intersectoriedade e diversificação das ações devem ser norteadores das práticas de saúde mental, na medida em que se torna necessário buscar, em outros setores

---

<sup>16</sup> Como nos alerta Martins (2011, p. 535) “muito embora indiquem algo relacionado ao empírico, ao concreto, portanto, ao prático, prática e práxis não são sinônimos”, estando esta última terminologia vinculada a um “processo teórico-prático por meio do qual o homem torna-se capaz de superar a especulação”. O termo práxis refere-se, portanto, a ação de um sujeito que não produz nada fora de si de modo que o ser e pensar se encontram integrados na materialidade da vida social.

<sup>17</sup> Utilizamos a expressão “inicialmente” com intuito de sinalizar que, no momento atual, a configuração dos dispositivos de saúde mental encontra-se modificada. Tem-se observado, nos últimos anos, algumas transformações no âmbito da organização dos serviços de saúde mental, provenientes principalmente, da implantação das Redes de Atenção em Saúde (RAS), em 2010, e subsequente implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no final de 2011, propostas estas a serem apresentadas a seguir.

e por meio de diversas práticas, recursos nem sempre existentes no âmbito da saúde mental (ALVES, 2001).

Partindo deste entendimento, a noção de clínica ampliada, discutida anteriormente, desponta como um conceito central na materialização dos pressupostos da RPB, revelando-se estruturadora de práticas e ações no âmbito da saúde mental. Tal perspectiva defende um compromisso radical com o sujeito “doente”, visto de modo singular, como também com a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde, o que significa adotar um compromisso ético com os sujeitos que demandam os seus cuidados (BRASIL, 2004b). Para tanto, o desenvolvimento das ações de saúde sob este paradigma fundamenta-se em um “trabalho em que não existe um especialista a dar respostas, mas uma construção conjunta de novos sentidos e ações” (ANDRADE; MORATO, 2004, p. 348). Significa pensar uma prática clínica mais contextualizada na qual os diferentes profissionais buscam encontrar soluções para os conflitos que se apresentam, sendo a multiprofissionalidade ordenadora das ações referentes ao âmbito da saúde mental (BRASIL, 2004a).

### ***2.3.1 Modelo de atenção à saúde mental vigente no SUS***

Dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) apontam que, aproximadamente 3% da população brasileira sofrem de transtornos mentais severos e persistentes<sup>18</sup>. Os casos de transtornos graves associados ao consumo de álcool e outras drogas (exceto tabaco) chegam a atingir 12% da população acima de 12 anos. Somado a estes quantitativos, cerca de 10 a 12% da população não sofrem transtornos severos, mas precisam de cuidados em saúde mental (seja sob forma de consulta médico-psicológica, aconselhamento, grupos de orientação e/ou outras abordagens).

Estes últimos pacientes geralmente são atendidos nos serviços de atenção primária, onde predominam os diagnósticos de depressão, ansiedade e transtornos do uso de substâncias (WORLD HEALTH ORGANIZATION/WHO, 2001). Já os pacientes com transtornos mentais severos e persistentes possuem como estratégia para o seu cuidado o tratamento em dispositivos de referência, a exemplo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (BRASIL, 2004a).

---

<sup>18</sup> Classificação que abrange as psicoses, neuroses graves, transtornos de humor graves, deficiência mental com grave dificuldade de adaptação (BRASIL, 2005).

Diante da magnitude dos casos de transtorno mental na população brasileira, estimada em cerca de 5 milhões de pessoas, faz-se necessário a implantação/implementação de uma rede assistencial de cuidados em saúde mental, ampla e diversificada, tendo em vista a garantia do acesso da população aos serviços de atenção psicossocial e acompanhamento longitudinal dos casos (BRASIL, 2005).

Para tanto, a reorientação do modelo de atenção em saúde mental no Brasil prevê que os diversos dispositivos funcionem de forma articulada, estabelecendo comunicação tanto com os dispositivos da rede de atenção à saúde mental, como também integrado a outras redes (sociais, comunitárias, familiares, sócio educativas, etc), conforme modelo representado na figura a seguir:

Figura 4 – Rede de atenção à saúde mental



Fonte: Reforma psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Brasil. Ministério da saúde. 2005.

Através desta noção de rede de atenção busca-se assegurar ao usuário o conjunto de ações que o mesmo necessita, com eficiência e efetividade. Desse modo, conforme nos aponta Mendes (2011), o atributo principal da proposta consiste na busca pela integralidade do cuidado, mediante integração dos diversos serviços, promovendo consequências positivas “tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.),

quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitários” (BRASIL, 2010b, p. 03).

As discussões atuais no âmbito da organização do modelo de atenção em saúde mental, prevê que a ordenação do cuidado das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas estará sob responsabilidade do CAPS ou da atenção básica, ratificando a centralidade dessas duas modalidades de cuidado na estruturação dos serviços de saúde mental integrantes da rede de atenção psicossocial (BRASIL, 2011d). Contudo, cabe salientar que todos os dispositivos/serviços de saúde são relevantes para o adequado funcionamento da rede de atenção, não havendo supremacia de determinado componente sobre os demais, tendo em vista quanto mais articulada a rede, maiores os potenciais de resolubilidade. Nessa direção, distinções quanto ao tipo de serviço são colocadas apenas para efeito de delimitação da densidade tecnológica envolvida na operacionalização do cuidado (BRASIL, 2010b).

### ***O CAPS como dispositivo estratégico de cuidado em saúde mental***

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgem no Brasil, ainda no final da década de 80, com a incumbência de se tornarem “dispositivos estratégicos” de substituição ao hospital psiquiátrico.

Regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 2002, a qual reconhece os CAPS como parte integrante da rede SUS (BRASIL, 2002), tais centros têm como objetivo “oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercícios dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (BRASIL, 2004a, p. 13).

Contrário ao tratamento excludente e de ordem moral dos manicômios, os CAPS encontram-se fundamentados na noção de território (entendido como espaço de troca das pessoas que o habitam, com seus cenários, conflitos, interesses, relações de amizade, familiares e institucionais) (ALVES, 2001; BRASIL, 2004a).

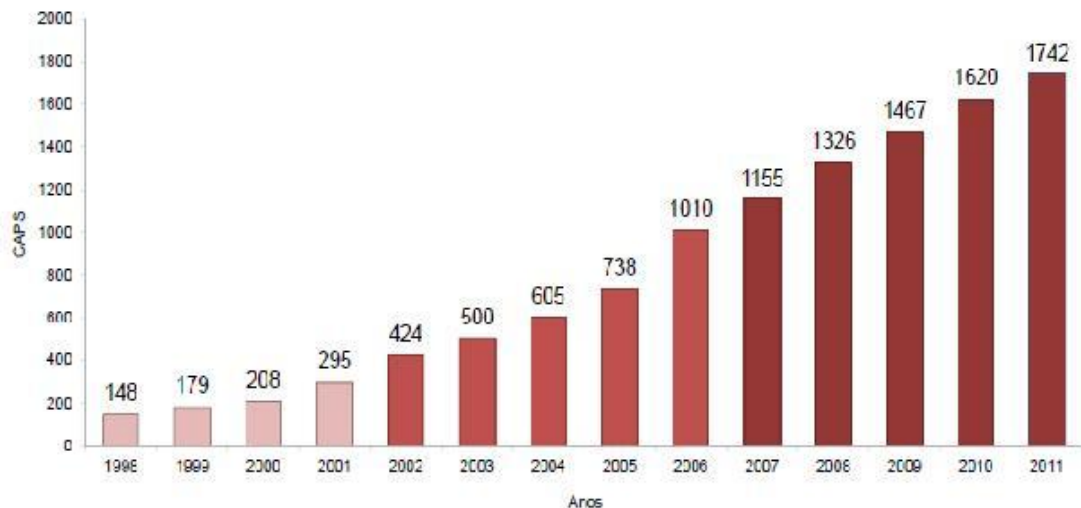
No que se refere aos processos de trabalho, o cuidado em saúde mental, no âmbito do CAPS, será desenvolvido, principalmente, através da ferramenta tecnológica do Projeto Terapêutico Singular (PTS), discutido anteriormente, de modo a envolver equipe de saúde, usuário e familiares no seu processo de construção (BRASIL, 2007; 2011d). No campo da saúde mental, os PTS’s são desenvolvidos “com” e “para” os usuários com o objetivo de possibilitar a produção de práticas que estejam em consonância com as diretrizes da Atenção

e a Reabilitação Psicossocial, permitindo ao usuário o planejamento e a reflexão sobre a sua vida (SANDUVETTE, 2007).

Nessa direção, a lógica que orienta os CAPS pressupõe que os mesmos, ao se inserirem “em território definido, com seus problemas e suas potencialidades, arena onde as ‘crises’ devem ser enfrentadas” (ALVES, 2001, p. 03), assumam a responsabilidade pelo cuidado das pessoas pertencentes ao cenário em questão. Aliado a isto, postulados apresentados na *Declaração de Caracas* em 1990, sugerem que a reestruturação da atenção psiquiátrica esteja ligada a Atenção Primária à Saúde (APS), de modo a promover modelos alternativos de cuidado em saúde mental, centrados na comunidade e nas redes sociais daqueles que demandam cuidados.

De acordo a Portaria nº 3.088/2011, existem seis modalidades de CAPS (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad, CAPSadIII, CAPSi), definidas conforme o público-alvo e a abrangência populacional dos municípios onde se inserem os serviços (BRASIL, 2011d). Segundo dados do Ministério da Saúde, desde o surgimento do primeiro CAPS no país, na década de 80, até 2011, em torno de 1.742 dispositivos deste tipo foram implantados, conforme se observa no Gráfico seguinte:

Gráfico 2 – Expansão dos CAPS no Brasil (1998-2011)

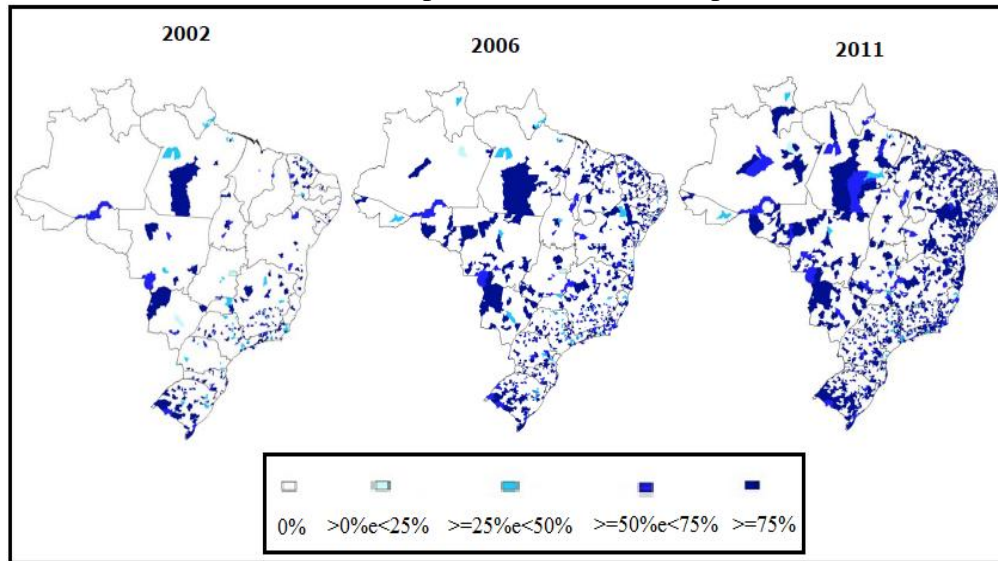


Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS. BRASIL, 2012.

Diante do expressivo aumento do número de CAPS no Brasil, a Figura 5 ilustra a cobertura assistencial de CAPS/100.000 habitantes nos municípios brasileiros, de modo que quanto mais escura a região, maior o índice de cobertura.



Figura 5 - Cobertura por município dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ao final de 2002 e ao final de 2011 (parâmetro de 1 CAPS para cada 100.000 habitantes)



Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. BRASIL, 2012.

### ***O cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica: contribuições de aspectos normativos para a intensificação do debate***

Apesar de ser considerada uma discussão atual, a inserção do cuidado em saúde mental nos serviços de atenção básica é tema recorrente entre os principais órgãos internacionais ligados à saúde, desde as décadas de 70/80 (WHO, 1975; 1984). O teor das discussões presentes em grande parte das documentações deste período refletia a preocupação com o crescente aumento do número de problemas mentais nas populações mundiais e a necessidade de se pensar políticas específicas, principalmente para os países em desenvolvimento, carentes de recursos econômicos e sociais, e que, conseqüentemente, apresentavam os cenários mais comprometidos.

Nessa direção, em documento datado de 1975 a OMS estimou que, só nos países em desenvolvimento, encontravam-se um contingente de mais de 40 milhões de homens, mulheres e crianças, com problemas mentais, sem a devida assistência e acompanhamento. Diante da realidade, sugeriu-se então que estudos pilotos fossem realizados nos diversos países, tendo em vista “test the practicability of including basic mental health care in an already established programme of health care in a defined rural or urban population” (WHO, 1975, p. 22).

A partir de tal recomendação, anterior até mesmo à Declaração de Alma-Ata, datada de 1978, e considerada a primeira documentação a nível internacional que estabelece e enfatiza a importância da atenção primária como elemento chave para a promoção dos

cuidados de saúde em geral, podemos visualizar um dos primeiros embriões do que seria posteriormente destacado em diversos outros documentos como uma necessária articulação entre saúde mental e cuidados básicos de saúde.

Especificamente na América Latina, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) chamou a atenção, ainda no ano de 1989, para o número estimado de 88,3 milhões de pessoas que desenvolveriam algum tipo de transtorno até o ano 2000 (aumento de 48,1% em relação ao ano de 1985), sugerindo assim, uma pandemia de transtornos psiquiátricos, passível de importantes repercussões no desenvolvimento econômico e social, bem como, no planejamento e prestação de serviços de saúde mental nos países latino americanos (LEVAV et al., 1989). O momento foi considerado então de planejamento sendo incentivada a elaboração de estudos e estabelecimento de ações programáticas consonantes com as metas de saúde propostas na Declaração de Alma-Ata, a qual possuía o lema “*Saúde para Todos no Ano 2000*”, trazendo, conseqüentemente, repercussões para o âmbito da Saúde Mental.

A *Declaração de Caracas*, de 1990, com vistas à reestruturação da atenção psiquiátrica, destaca questões referentes aos direitos humanos e civis da pessoa com transtorno mental, assim como a distribuição de recursos financeiros e humanos destinados aos seus cuidados, apontando a considerável inadequação da atenção psiquiátrica convencional.

Visando superar tal modelo de organização da atenção à saúde mental vigente na maioria dos países, o documento conclama o desenvolvimento de um modelo de atenção psiquiátrica comunitária, descentralizada, participativa, integral, contínua e preventiva (OMS/OPAS, 1990). É nessa conjuntura que a atenção primária desponta como locus privilegiado de cuidado em saúde mental, sendo citada em várias publicações como eixo estruturante na organização dos serviços de base comunitária por ser uma das modalidades de atenção mais próximas das reais condições de vida das populações (WHO, 1975; 1984; OMS/UNICEF, 1978; OMS/OPAS, 1990).

Os documentos supracitados, juntamente com os vários estudos que foram elaborados durante os anos subsequentes (WHO, 2001; 2003; 2005; 2008a; 2008b; 2010), trazem em comum a prerrogativa de incentivar os diversos países a desenvolverem programas e projetos que beneficiem as pessoas com transtornos mentais, de modo a ampliar a questão da saúde mental da ordem de interesse apenas da Saúde Pública para as esferas sociais e econômicas.

Esperava-se com tal discussão chamar a atenção para o fato de

Em países de baixa renda com escassez aguda de profissionais de saúde mental, a prestação de serviços de saúde mental por meio da atenção à saúde em geral é a

estratégia mais viável para melhorar o acesso de populações subatendidas à atenção à saúde mental. A atenção integrada também pode ajudar a reduzir o estigma associado à busca de ajuda de serviços de saúde estruturados verticalmente, com isso melhorando adicionalmente a acessibilidade (WHO, 2005, p. 36).

Como parte desse movimento, a OMS publica em 2008 o documento intitulado “*Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global*”, esclarecendo ainda mais a importância da relação entre saúde mental e cuidados primários, mediante a delimitação de sete razões que justificam a integração desses dois campos, a saber: a) A carga das perturbações mentais é grande; b) Os problemas de saúde mental e física estão interligados; c) O déficit de tratamento para perturbações mentais é enorme; d) Os cuidados primários para saúde mental melhoram o acesso; e) Os cuidados primários para saúde mental promovem o respeito pelos direitos humanos; f) Os cuidados primários para a saúde mental são acessíveis em termos de custo e têm uma boa relação custo-benefício e g) Os cuidados primários para a saúde mental geram bons resultados de saúde (WHO, 2008a, p. 16).

Aqui no Brasil, a Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, prevê um conjunto de ações que vão desde o trato com a pessoa com transtorno mental (acesso aos serviços, tratamento humanizado, proteção, direito à informação acerca de sua doença e tratamento, etc.) até a reorientação do modelo assistencial em saúde mental.

De modo geral, o objetivo da política é expandir e fortalecer a rede extrahospitalar mediante criação de serviços substitutivos (CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos - SRTs e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais - UPHG, etc.), assim como, incluir ações de cuidado em saúde mental nos serviços de atenção básica, de modo a estimular a inserção da pessoa com transtorno mental na família, no trabalho e na comunidade, reduzindo assim, progressivamente o número de leitos psiquiátricos no Brasil.

Em documento elaborado pelo MS, visando estabelecer diretrizes para a inclusão de ações de saúde mental na atenção básica, datado de 2003, encontram-se sintetizados os princípios fundamentais que justificam a articulação entre essas duas esferas, tais como: noção de território; organização da atenção à saúde mental em rede; intersetorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade /interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção da cidadania dos usuários e construção da autonomia possível de usuários e familiares (BRASIL, 2003a).

Destaca-se ainda, que o lançamento, em 2008, da Portaria 154/08, responsável pela criação e funcionamento dos NASF, constitui-se uma conquista para o âmbito da saúde mental, tendo em vista o documento recomendar que cada NASF conte com pelo menos 1 (um) profissional da área de saúde mental, apoiando-se para tanto em dados que expressam a

magnitude epidemiológica dos transtornos mentais no cenário atual (BRASIL, 2008). Além disso, o documento técnico “*Diretrizes do NASF*”, publicado em 2010 na coleção “Cadernos de Atenção Básica”, organizada pelo MS, considera a “Saúde Mental” uma das 9 (nove) áreas estratégicas de atuação do NASF, tornando-a portanto merecedora de uma atenção especial no que se refere à operacionalização de suas ações (BRASIL, 2010a).

### ***2.3.2 Contribuições do conceito de rede para a perspectiva integrativa dos serviços de saúde mental***

Inicialmente, torna-se digno de menção o fato de o termo *rede* não se constituir de uso exclusivo do campo da saúde, acabando por expressar uma variedade de concepções circundantes tanto no imaginário social como nos diversos campos disciplinares da ciência moderna. Nessa direção, o dicionário Aurélio de língua portuguesa, por exemplo, faz alusão a 18 definições de *rede*, muitas delas relacionadas à noção de entrelaçamento e conexão entre partes, aspectos valorizados em muitos dos sentidos que a palavra assume no âmbito da saúde.

Trata-se, assim, de um conceito plural, polissêmico, multidimensional, fazendo-se necessário para configurá-lo efetivamente, problematizar o que comumente denomina-se *rede* na área da saúde e, por conseguinte, no âmbito da saúde mental. Para tanto, adotaremos um percurso em que iniciaremos abordando algumas noções e características relativas ao termo. Em seguida, passaremos a uma breve contextualização da noção de *rede* no domínio do SUS, finalizando com as discussões relativas à perspectiva de *rede* na saúde mental, de modo a destacar as contribuições atuais da noção de Rede de Atenção Psicossocial para o campo. Esperamos com tal debate desnaturalizar a noção de *rede*, tendo em vista o reconhecimento de que seu uso frequente não tem sido acompanhado de uma precisa demarcação conceitual.

#### ***Rede: origens e fundamentos***

Martins e Fontes (2004) afirmam que a ideia de “rede” se desenvolve primeiramente no campo sociológico, estando suas origens relacionadas à necessidade de contemplar as complexas interações da vida social e dos desafios epistemológicos de integração dos mais variados processos sociais. Para os autores trata-se de um conceito que considera “a vida cotidiana como espaço estratégico para a articulação política e institucional das comunidades e grupos sociais” (p. 106), apoiando-se no conceito de “mundo da vida”, do filósofo alemão Jurgen Habermas.

Considerando a imprevisibilidade orgânica do Social, as instituições geradas por ele possuem necessariamente um formato não vertical e fechado (como nos aparelhos), mas horizontal e aberto a fluxos e refluxos (próprio dos sistemas complexos). A instituição típica do Social é a rede interativa (MARTINS; FONTES, 2004, p. 107).

Partindo de tal entendimento os autores defendem o caráter interativo das redes, destacando o seu componente social, expresso conjuntamente mediante o conceito de *rede social*. Objetivando tornar este último conceito mais operacional, tais autores propõem a seguinte tipologia de redes:

- 1) **Rede Sócio-técnica:** tipo de rede que se institui no interior dos sistemas organizacionais altamente regulamentados, públicos ou privados, visando responder à necessidade de planejamento de ações intersetoriais complexas. Tais redes surgem da necessidade de uma melhor articulação de políticas, consonante a perspectiva da intersetorialidade e interdisciplinaridade;
- 2) **Rede sócio-institucional:** objetiva estimular solidariedade sócio institucional e favorecer ações articuladas entre agências e atores implicados com a formação de uma esfera pública no plano local, sendo, portanto, menos regulamentada que a rede sócio-técnica. Essa rede se localiza na fronteira dos sistemas governamental e não governamental, em uma zona híbrida da política (entre o Estado e a sociedade civil);
- 3) **Rede sócio-humana:** articulação de indivíduos através de famílias, vizinhanças, amizades e camaradagens.

Tais redes deveriam funcionar de modo articulado, tendo em vista a necessidade de integração das diversas políticas e programas sociais existentes em um determinado território. Desse modo, fundamenta-se em uma concepção de rede arraigada em uma visão sistêmica, que contempla a complexidade da vida, de modo que os fenômenos precisam ser revistos nos seus mais diversos ângulos e sob múltiplos olhares (MARTINS; FONTES, 2004).

Consonante com a perspectiva dos autores supracitados, Franco (2006) lança mão da discussão de *rede* a partir da noção de *Micropolítica*, entendida como o “agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que ele se encontra” (p. 01). Nessa direção, a produção da vida se dá mediante múltiplas conexões e fluxos construídos em processos, nem

sempre autorregulados por fatores estruturados, aproximando-se da noção de *rede interativa* apresentada anteriormente.

Visando uma melhor descrição do fenômeno analisado, Franco (2006) aponta as seguintes características como constituintes da noção de *rede*: apresentam **conexões multidirecionais e fluxos contínuos** (qualquer ponto da rede pode ser conectado a outro); são **heterogêneas** (conexões com os diferentes); são **múltiplas** (rompem com a ideia de uno, ou seja, uma direção, um sujeito, uma diretriz); possibilitam **rupturas e não rupturas** (autorrealização, capacidade de criação) e, por fim, estão fundamentadas no **princípio da cartografia** (entendido como valorizador de um sistema aberto, não modelar e não serial, com muitas entradas e saídas, operando de forma não estruturada sobre a realidade).

Como podemos observar o conceito de *rede* proposto por Franco (2006, p. 03) perpassa também as noções de conexões e fluxos contínuos, partindo da premissa de que assim como na vida, na saúde o cuidado sempre se produz em rede, visto exigir a “articulação de diversas unidades e equipes, saberes, fazeres, subjetividades, singularidades”.

### *Noções de rede no âmbito do SUS*

Uma das primeiras referências diretas da terminologia *rede* no âmbito do SUS consta do Art. 198 da Constituição de 1988, marco institucionalizante da nova política pública de saúde do Brasil. Neste documento o termo aparece da seguinte forma “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único [...]” (BRASIL, 2011a, p. 210). De modo análogo, a lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, traz o conceito em sua relação com o princípio da descentralização político administrativa do SUS, mediante defesa da regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. Todavia, segundo Zambenedetti e Silva (2008), são encontrados registros do termo *rede* em documentos relativos ao campo da saúde desde a década de 60/70. Nesse período, utilizava-se a noção de *rede* para fazer menção a um conjunto de serviços de características semelhantes, bem distribuídos espacialmente, a exemplo da noção de rede hospitalar, rede ambulatorial, etc. (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008).

Com o advento do SUS, e a necessidade de experiências que englobassem a expansão de cobertura dos serviços a baixo custo, emerge a noção de *rede* como um conjunto de serviços complementares uns aos outros, orientado pela perspectiva de sistema própria do SUS (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008). Nessa direção, conforme nos assinalam os autores, a noção de *rede* decorrente do modelo de atenção do SUS amplia a questão da ordem da

existência ou não de uma rede, para a lógica de “funcionar em rede, de modo articulado, tendo em vista um viés topológico-espacial” (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008, p. 138).

Acompanhando as transformações decorrentes da consolidação do SUS, observa-se que o conceito passa também por transformações no âmbito da saúde mental, providas do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileiro, passando de um modelo preventivista, no qual a rede era complementar ao hospital psiquiátrico, para um modelo desinstitucionalizante, em que se busca efetivamente substituir o modo asilar (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008). Nessa direção, “a articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental” (BRASIL, 2005, p. 25), demandando permanentes articulações nas quais esteja envolvido o maior número possível de atores e instituições, razão pela qual se considera “de base comunitária”, a rede de atenção à saúde mental do SUS (BRASIL, 2005).

No que se refere à discussão de *rede* na conjuntura atual, tem-se observado nos últimos anos um expressivo aumento do número de documentos oficiais em defesa da integração dos diversos serviços de saúde, muitas destas discussões estando relacionadas à organização da atenção à saúde mental. As portarias 4.279 e 3.088 despontam, neste cenário, como propostas de considerável relevância por lançarem mão de diretrizes que visam o aperfeiçoamento do SUS, mediante apresentação dos diversos dispositivos da rede de cuidado e suas possibilidades de articulação/integração, merecendo que se sejam alguns comentários acerca dos princípios gerais que orientam essas duas propostas.

De modo geral, a portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010 estabelece as diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS. O objetivo da proposta é aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, de modo a garantir o acesso dos usuários ao conjunto de ações e serviços de saúde com efetividade e eficiência (BRASIL, 2010b). Para tanto, parte da noção de Rede de Atenção à Saúde como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010b, p. 01).

Seguindo esta lógica, as RAS caracterizam-se pelo estabelecimento de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a APS como o centro da comunicação entre os diversos pontos.

Pontos de atenção são entendidos, segundo a perspectiva das RAS, como “espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular” (BRASIL, 2010b, p. 01). Desse modo, podem constituir-se tanto de um cuidado domiciliar ou

em unidades básicas de saúde até serviços mais especializados, abarcando serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros (BRASIL, 2010b).

A relevância das RAS na discussão acerca do cuidado em saúde mental na atenção básica encontra-se justificada na centralidade atribuída pela proposta à APS, entendida como primeiro nível de atenção, assumindo, portanto, a função de coordenadora do cuidado e ordenadora da rede. Desse modo, APS se tornaria responsável pelo cuidado dos problemas mais comuns de saúde da população, dentre os quais se encontram os relativos ao âmbito da saúde mental.

Considerando alguns dos pressupostos contidos nas RAS, assim como nos demais documentos relativos à saúde no âmbito do SUS publicados nos últimos anos, o MS instituiu no final de 2011 mediante portaria nº 3.088, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com vistas à organização e reestruturação dos serviços de cuidado em saúde mental no âmbito do SUS.

A proposta fundamenta-se na “criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS” (BRASIL, 2011d). Para tanto, possui como objetivos gerais: facilitar o acesso da população aos serviços de atenção psicossocial; promover a vinculação das pessoas com transtorno mental aos pontos de atenção e, por fim, garantir a articulação e integração dos pontos de atenção coexistentes na rede.

A portaria prevê os seguintes dispositivos/serviços como integrantes da RAPS:

**I- Atenção Básica em Saúde:** compreendem unidades de saúde, consultórios de rua e centros de convivência;

**II- Atenção Psicossocial Especializada:** engloba as diferentes modalidades de CAPS;

**III- Atenção de Urgência e Emergência:** composta pelo SAMU e serviços de acolhimento realizados pelos CAPS III;

**IV- Atenção Residencial de Caráter Transitório:** inclui comunidades terapêuticas e unidades de acolhimento provisório para usuários de álcool e outras drogas;

**V- Atenção Hospitalar:** constituída por enfermarias especializadas e leitos de internação em hospitais gerais;



**VI- Estratégias de Desinstitucionalização:** abarcam residências terapêuticas destinadas a egressos de longa permanência em hospitais psiquiátricos; e

**VI- Reabilitação Psicossocial:** contempla as cooperativas sociais e outros espaços de gestão de trabalho e renda.

Cada um destes componentes é subdividido em pontos de atenção específicos, de modo a caracterizar os diversos serviços e dispositivos da rede.

Tomando como ponto de partida as discussões em foco nesta dissertação, destacamos o componente número I, ou seja, a “atenção básica em saúde”, por este se encontrar diretamente relacionado ao objeto da presente investigação, devendo-se, no entanto, ressaltar que não existe privilégio de nenhum componente em relação aos demais, de modo que quanto mais articulados/integrados os componentes se mostrarem, mais próximos estarão da tessitura proposta pela RAPS. Salientamos ainda que a discussão concernente ao ponto de atenção especializado da RAPS, ou seja, o CAPS - em suas diferentes modalidades - foi realizada anteriormente no subitem que tratou do papel deste serviço no atual modelo de reorientação do cuidado em saúde mental vigente no SUS.

O componente “atenção básica em saúde” da RAPS é formado por 6 (seis) pontos de atenção, podendo ser expressos mediante:

- a) **Unidade Básica de Saúde:** entendida como serviços de saúde constituídos por equipe multiprofissional responsável por desenvolver um conjunto de ações que visam à integralidade da atenção dos indivíduos e coletividades;
- b) **Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas:** são compostas por *Equipe de Consultório na Rua* e *Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório*. A Equipe de Consultório na Rua é formada por uma equipe itinerante que oferta ações e cuidados de saúde às pessoas em situação de rua em geral, pessoas com transtornos mentais e usuários de crack, álcool e outras drogas. Já a Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório oferece suporte clínico e apoio aos serviços residenciais existentes em determinados territórios;

- c) **Centro de Convivência:** unidade pública que oferece à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade. É estratégico para a inclusão das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas;
- d) **Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF):** tal ponto encontra-se, articulado com as Unidades Básicas de Saúde, atuando tanto no apoio matricial como no cuidado compartilhado junto às equipes de saúde nas quais estão vinculadas, mostrando-se uma possível estratégia de integração entre os serviços básicos de atenção à saúde e o cuidado em saúde mental.

Por se tratar de um dispositivo de grande capilaridade com a comunidade, a atenção básica desponta no contexto das RAPS como um serviço capaz de mapear e identificar casos de pessoa em sofrimento psíquico, promovendo o cuidado destes usuários em seus territórios de origem. Nessa direção, os serviços de atenção básica em saúde seriam responsáveis pelo desenvolvimento de ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, bem como, por ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, articulando-se sempre que necessário com os demais pontos da rede (BRASIL, 2011d).

Assim, conclui-se que o movimento da Reforma Psiquiátrica não se esgota na consolidação de ações pontuais, mas ocorre por meio da articulação de várias dimensões, simultâneas e interrelacionadas, que pressupõe processos de “inovação de atores, conceitos e princípios” (AMARANTE, 2003, p. 48). Desse modo, cabe aos dispositivos de saúde mental não apenas intervir nos momentos de crise ou de angústia dos sujeitos, fazendo-se necessário pensar novas formas de cuidado para o campo da psiquiatria, mais contextualizadas e resolutivas.

Diante do exposto, visualiza-se um devir nas práticas de cuidado em saúde mental do SUS, sob a égide do acolhimento, da integralidade do cuidado e humanização da atenção. Para tanto, faz-se necessário que ideários tais como os de acesso, responsabilidade e continuidade do cuidado se materializem, simultaneamente, tanto nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica como na Política de Saúde Mental (BRASIL, 2001; 2006; 2011b), permitindo assim que novos arranjos sejam delineados, problematizados e consequentemente reinventados.

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

“A verdadeira passagem ocorre no meio. Qualquer sentido que o nado tome, o solo jaz a dezenas ou centenas de metros sob o ventre ou a quilômetros atrás e na frente. Eis o nadador sozinho. Deve atravessar, para aprender a solidão. Esta se reconhece no desvanecimento das referências.”

(Michel Serres)

#### 3.1 Pressupostos Epistemológicos

O estudo realizado teve como principal referencial metodológico os pressupostos da *Abordagem Qualitativa em Saúde* (MINAYO, 2010; BOSI; MERCADO, 2007), em sua interface com o âmbito da *Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde*, conhecida também como emergente ou alternativa (BOSI; MERCADO, 2006). Para tanto, englobou um conjunto de enfoques distintos dos modelos de avaliação tradicional ou hegemônicos, atribuindo destaque a dimensão “subjetividade” nas atividades avaliativas, entendendo-a como um dos seus elementos centrais (UCHIMURA; BOSI, 2002).

Dada a natureza do objeto focalizado - permeada por sentidos, significados e experiências particulares dos profissionais da equipe SF acerca do lugar do NASF no cuidado em saúde mental - optamos por realizar uma investigação de *enfoque crítico interpretativo*, ancorada nos preceitos da Hermenêutica, a qual tem no conceito de “compreensão” uma potente via para o entendimento em profundidade dos fenômenos sociais.

Nessa direção, ainda que existam diferentes correntes e abordagens enquadradas na modalidade “Pesquisa Qualitativa”, consideramos ser “o status central dado à interpretação do significado das ações sociais” (DESLANDES; GOMES, 2007, p. 106) o ponto de convergência dos elementos epistêmicos sob este referencial. Desse modo, a valorização da historicidade, do contexto e da intersubjetividade inerente às experiências dos entrevistados fundamentou-se na postura crítica das pesquisadoras, que reconheceram a importância dos processos simbólicos (BOSI; MERCADO, 2006) na apreensão da realidade estudada. Tal realidade é concebida, neste trabalho, como um fenômeno em permanente formulação, razão pela qual os produtos de pesquisa são sempre vistos como aproximações contínuas e provisórias do mundo real (DESLANDES; GOMES, 2007).

Teceremos, a seguir, algumas considerações acerca de cada um dos componentes acima destacados, apresentando assim o debate referente ao âmbito da Pesquisa Qualitativa em sua interface com discussões provenientes dos mais diversos campos.

### ***3.1.1 Sobre a Pesquisa Qualitativa em Saúde***

Em uma discussão que se pretende discorrer sobre o campo da Pesquisa Qualitativa, há várias questões teóricas, epistemológicas, metodológicas e também políticas necessárias de se colocar. Entretanto, deixada de lado a aspiração de esgotar as discussões acerca da diversidade de métodos e abordagens sob este rótulo, assim como de delimitar um campo científico preciso e sem controvérsias, precisamos antecipadamente situar que “Em torno do termo *pesquisa qualitativa*, encontra-se uma família interligada e complexa de termos, conceitos e suposições” (DENZIN; LINCOLN, 2006, p. 16).

Consiste em destacar uma célebre frase presente em muitos manuais de Pesquisa Qualitativa, podendo parecer óbvia e não muito enriquecedora, mas que serve para potencializar o debate sobre as limitações e possibilidades inerentes a esta modalidade de investigação. Como exemplo de limitação poderíamos citar o perigo de incoerência, mencionado por Pires (2010), em decorrência da multiplicidade de abordagens e perspectivas envoltas em um mesmo rótulo. Entretanto, este mesmo autor, lançando mão de uma advertência apresenta uma importante potencialidade da Pesquisa Qualitativa: “o leitor deve esperar encontrar contradições. Elas são novos problemas a resolver” (PIRES, 2010, p. 45), inspirando-nos assim à tentativa não de exaurir o conjunto de conhecimentos construído acerca de tal metodologia, antes sim de proporcionar um maior esclarecimento do lugar (epistemológico e político) de onde falamos.

De um modo geral, denominamos *Pesquisa Qualitativa* as modalidades de estudo que valorizam o universo dos significados, atitudes, valores, crenças e aspirações dos sujeitos, partindo para tanto do reconhecimento de que “as sociedades humanas existem num determinado espaço cuja formação social e configuração são específicas” (MINAYO, 1994, p. 13). Desse modo, tal perspectiva acaba por ratificar o caráter *histórico* do objeto das Ciências Sociais, bem como a heterogeneidade e complexidade do mundo social, exigindo do pesquisador novas formas de se pensar a realidade a ser investigada.

Tesch (1990) ao discorrer sobre a história da Pesquisa Qualitativa a situa como um movimento com uma longa tradição, estando a sua origem vinculada ao desenvolvimento de algumas disciplinas pertencentes ao campo das Ciências Sociais, a saber: a Sociologia, a

Antropologia e a Psicologia, por volta da segunda metade do século XIX. Não se trata, portanto, de um movimento precisamente datado e organizado, mas sim de um arcabouço teórico desenvolvido ao longo dos últimos anos, que nas palavras da autora, encontra seu fundamento no fato de alguns estudiosos considerarem que “[...] ‘human’ sciences needed a different approach because of their complexity and the existence of a phenomenon unknown in the mechanical world: consciousness” (TESCH, 1990, p. 09).

Não obstante o campo da Pesquisa Qualitativa possuir inúmeros contornos e pontos de vista, algumas características comuns podem ser vislumbradas no desdobramento de trabalhos sob este viés. Pires (2010) destaca entre eles: uma maior flexibilidade de adaptação do estudo durante o seu próprio desenvolvimento; capacidade de se ocupar de objetos e fenômenos complexos, bem como de se utilizar da combinação de diferentes técnicas para maior entendimento dos mesmos; pretensão de compreender em maior profundidade os vários aspectos da vida social (devido ao reconhecimento da não objetividade do pesquisador); e, por fim, uma maior abertura ao mundo empírico, expresso na valorização da criatividade e do pluralismo no processo de conhecimento da realidade.

A opção por abordagens de estudo fundamentadas na Pesquisa Qualitativa consiste em se pensar/propor novos modos de se realizar pesquisa, distintos do *paradigma dominante* (SANTOS, 2007), entendido aqui como o conjunto de pensamentos e postulados defendidos pelo Positivismo e seus desdobramentos, o qual declara ser possível acessar o mundo real, mediante o uso da razão e de um conjunto de técnicas defensoras de pressupostos como a objetividade e a validade, visando o alcance da mais ‘pura’ verdade.

Contrário ao totalitarismo do paradigma dominante nas ciências modernas, o qual “nega o caráter racional a todas as formas de conhecimento que se não pautarem pelos seus princípios epistemológicos e pelas suas regras metodológicas” (SANTOS, 2007, p. 10), o campo da Pesquisa Qualitativa surge como um movimento contra-hegemônico em defesa do reconhecimento e legitimação de que “a ideia de uma ciência neutra é uma ficção” (BOURDIEU, 1976, p. 148), razão pela qual o uso de perspectivas pluralistas, integrativas e valorizadoras da complexidade dos fenômenos tem se constituído cada vez mais um campo de intensas e calorosas discussões.

### ***3.1.2 Sobre o campo da Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde***

No que concerne à *Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde*, esta também se encontra envolta em uma polissemia conceitual e metodológica que dificulta o seu

entendimento à luz de uma configuração e/ou racionalidade única. Ao contrário, como nos apresenta Mercado et al. (2006, p. 28), “nesse campo predominam a diversidade e a multiplicidade de interesses em torno à prática da avaliação”, bem expressa no mosaico de nomenclaturas utilizadas para fazer referência às avaliações emergentes ou alternativas na área de saúde<sup>19</sup>.

De um modo geral, a própria definição do termo avaliação já nos remonta a uma variedade de interpretações que anunciam um caráter nebuloso inerente ao campo. Contandriopoulos et al. (1997, p. 30) nos chama a atenção para o fato de serem tantas as definições que “poderíamos até chegar a dizer que cada avaliador constrói a sua”. Entretanto, faz-se necessário considerar que a avaliação abarca um conjunto de atividades bastante antigas, presentes desde os primórdios da civilização, assumindo apenas no cenário pós II Guerra Mundial a roupagem de um instrumento a serviço do desenvolvimento de políticas sob a responsabilidade do Estado (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Especificamente em relação à avaliação em saúde, os autores consideram que seu desenvolvimento passou a ser focado apenas na década de 70, a partir da necessidade de se avaliar as ações sanitárias com vistas a um maior controle dos gastos (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997), despontando como uma atividade relativamente recente. Portanto, cabe salientar que a avaliação em saúde está sendo concebida neste trabalho como “uma área ainda em construção conceitual e metodológica” (NOVAES, 2000, p. 549), que pela sua própria complexidade faz-se legítimo tecer algumas considerações.

Nessa direção, Silva (2005) buscando uma sistematização da avaliação, faz referência ao conceito de campo proposto por Bourdieu como sendo uma “rede de relações entre agentes e instituições” que pode contribuir para uma “concepção da avaliação muito mais abrangente do que aquela restrita à dimensão racional da ação” (SILVA, 2005, p. 14). Já Furtado (2001) destaca a importância da utilização de metodologias mais participativas no campo da avaliação. Parafraçando autores como Aguilar & Ander-Egg e Rossi et al., o autor destaca que tem sido cada vez mais urgente o uso de avaliações do tipo “formativas” em detrimento ao uso de avaliações consideradas “somativas”, entendidas aqui do seguinte modo:

A avaliação “formativa” visa fornecer informações para adequar e superar aspectos problemáticos do programa durante o seu andamento, enquanto a avaliação do tipo

---

<sup>19</sup> Mercado et al. (2006) mencionam os termos “avaliação participativa”, “avaliação qualitativa”, avaliação quali-quantitativa”, “avaliação holística”, “avaliação de sistemas”, “avaliação colaborativa”, etc. como alguns exemplos que demonstram a ampla gama de termos utilizados para expressar as atividades de avaliação desenvolvidas segundo a perspectiva dos enfoques emergentes ou alternativo.

“somativa” fornece julgamentos sumários sobre aspectos fundamentais do programa, sendo frequentemente utilizada para deliberar sobre a continuidade ou o encerramento de um programa baseando-se na especificidade de até que ponto os objetivos propostos foram atingidos (FURTADO, 2001, p. 168).

Seguindo uma racionalidade semelhante, Hartz (1997) lançando mão de algumas contribuições acerca da pesquisa avaliativa das ações de saúde aponta a complexidade, conceituada por Edgar Morin, como uma abordagem favorável ao estudo de fenômenos em constante transformação. Para a autora, “a construção de uma lógica da complexidade implica trabalhar/dialogar com a incerteza, com o irracional e com a integração, sem incoerência de ideias aparentemente contrárias” (HARTZ, 1997, p. 20).

As perspectivas destes três autores se aproximam ao apontar a necessidade de se considerar a interdependência das partes constituintes de um fenômeno, partindo da compreensão de que a avaliação não se constitui um processo exclusivamente técnico, razão pela qual ao longo dos últimos anos tem se observado o crescimento da valorização de abordagens mais integrativas e participativas nos processos de avaliação (DESLANDES, 1997; FURTADO, 2001; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004; MERCADO et al., 2006; SCHRAIBER, 1999; SILVA, 1999; UCHIMURA; BOSI, 2002; MERCADO; BOSI, 2006).

Consonante com esta perspectiva, Uchimura e Bosi (2002, p. 1566) concebem a avaliação qualitativa de programas de saúde como uma modalidade de investigação que busca “apreender a experiência vivencial de atores sociais que interagem com o programa ou serviço, sejam eles usuários, técnicos, gestores ou políticos”. Em comum acordo com tal pensamento, a escolha da orientação metodológica deste trabalho buscou escapar de um desenho de estudo que acabasse por gerar interpretações reducionistas e limitantes, ao passo em que procuramos ainda fortalecer o debate acerca do uso de metodologias que reconheçam a dimensão “subjetividade” como um componente relevante para a compreensão dos vários aspectos presentes nos processos avaliativos (UCHIMURA; BOSI, 2002).

Diante do exposto, estivemos ao longo de todo processo da pesquisa menos interessados em realizar uma avaliação do tipo normativa do que em nos debruçarmos, mediante procedimentos científicos, na busca pela compreensão dos diferentes componentes envolvidos nas ações de saúde executadas pelo NASF, confluindo assim nos pressupostos de uma pesquisa avaliativa.<sup>20</sup> Indo um pouco além, não só avaliamos o NASF como programa

---

<sup>20</sup> A distinção entre Avaliação Normativa e Pesquisa Avaliativa é decorrente das reflexões de Contandriopoulos et al. (1997) relativas à compreensão de que a área da avaliação e a área de pesquisa nem sempre coincidem. Nessa direção, sempre que o foco da investigação do estudo for normas e critérios, a avaliação será do tipo normativa. Por outro lado, caso o interesse seja examinar, por meio de procedimento científico, as relações existentes entre os diferentes componentes de uma intervenção, a avaliação será do tipo pesquisa avaliativa.

inserido na área de saúde, atendendo às exigências de um trabalho de cunho científico, como também esperamos, a partir de então, com os resultados desse estudo, gerar conhecimentos com a peculiaridade de ser estratégico e viabilizador de uma práxis social, conforme o preconizado por Deslandes (1997).

### ***3.1.3 Sobre o enfoque crítico interpretativo do estudo***

A expressão “enfoque crítico interpretativo” não se refere a um campo de conhecimento tradicional, com origens históricas precisas e campo de discussão unívoco. Ao contrário, consiste na articulação entre os principais achados da *hermenêutica*, entendida aqui como um ramo do conhecimento interessado no fenômeno da interpretação, juntamente com alguns pressupostos da *dialética*, corrente de pensamento valorizadora, dentre outros aspectos, da complexidade inerente aos fenômenos da realidade, bem como da constante atividade crítica/reflexiva, necessária ao entendimento de tais fenômenos.

Para além das diversas correntes e finalidades que tanto a hermenêutica como a dialética podem assumir no campo científico e filosófico, com a integração destas perspectivas, esperou-se que a oposição, as discrepâncias e contradições fossem consideradas parte da totalidade dos fenômenos (e não um empecilho ao seu entendimento), mostrando-se, portanto, passível de reconhecimento e/ou compreensão.

A escolha desta temática como eixo norteador da presente investigação emergiu da intencionalidade<sup>21</sup> das pesquisadoras em romper com a primazia do pensamento racional como forma de se encontrar a verdade, legitimando assim modalidades de interpretação da realidade valorizadoras das peculiaridades de cada contexto e dos diversos sentidos atribuídos pelos sujeitos aos objetos investigados, em uma postura de respeito e compreensão do investigador frente aos fenômenos que lhes são apresentados (MINAYO, 2010).

Nessa direção, consideramos sob o título de “Hermenêutica”, a totalidade de perspectivas interessadas na “interpretação” dos mais variados fenômenos humanos. No que se refere a sua trajetória, esta se inicia como uma tentativa de compreender a linguagem, particularmente a linguagem escrita dos textos sagrados e da antiguidade clássica, tendo na busca pelo significado profundo das palavras o seu foco maior (RICOEUR, 1989). Coube a Schleiermacher, por volta de 1819, o projeto de criar uma hermenêutica geral como arte da

---

<sup>21</sup> O conceito é utilizado aqui conforme pensamento de Edmund Husserl para quem a consciência está sempre dirigida para algo, ou seja, consciência não é *per se* uma unidade abstrata, ligada a processos interiores, mas sim, está voltada para o mundo, mostrando-se sempre consciência de alguma coisa (DEPRAZ, 2008).



compreensão, a qual passaria a se interessar pelos conceitos de interpretar e compreender, assim como pelos processos decorrentes de suas ações (BRAIDA, 1995; PALMER, 1969).

Nessa direção, até mesmo pelas inúmeras aplicabilidades que o conceito assumiu ao longo da história, a hermenêutica não traz em si uma delimitação conceitual precisa. Entretanto, mesmo sendo um campo de significados diversos, noções como as de “compreensão” e “interpretação” estão presentes em boa parte dos conceitos cunhados por teóricos importantes da área.

Palmer (1969, p. 19) entende que “hermenêutica é o estudo da compreensão, é essencialmente a tarefa de compreender textos”. Já para Gadamer (2009, p. 72) “a hermenêutica é a doutrina da compreensão e a arte da interpretação daquilo que é assim compreendido”. De modo semelhante, Ricoeur (1989, p. 83) a define como “a teoria das operações da compreensão na sua ligação com a interpretação dos textos”.

Minayo (2002, p. 84) a define como “disciplina básica que se ocupa da arte de compreender textos”, entendido aqui em seu sentido amplo, abrangendo desde biografias e entrevistas, até livros e documentos antigos. A perspectiva desta última autora encontra-se fundamentada no conceito de hermenêutica proposto por Gadamer (2008, p. 17) como um movimento abrangente no qual o “compreender não pode ser restrito ao desfrute reflexivo”.

Cabe aqui tecer algumas considerações a respeito do conceito de interpretação e sua relação com o objeto de pesquisa, expresso através do verbo compreender, referente à intenção de “compreender o lugar do NASF no cuidado em saúde mental”. Para Gadamer (2008, p. 406), “a interpretação não é um ato posterior e ocasionalmente complementar à compreensão. Antes compreender é sempre interpretar, e, por conseguinte, a interpretação é a forma explícita da compreensão”. Ou seja, a interpretação está contida na compreensão, entendida como ‘acontecer’, de modo que a compreensão ocorre imediatamente, sem necessariamente se preocupar com a atividade interpretativa, podendo ou não se submeter às leis desta última.

O presente trabalho acaba por expressar, em grande parte, o pensamento contido no conjunto da obra deste último filósofo, que mesmo não se propondo a criar um método científico, fundamenta as bases do exercício hermenêutico, aproximando-se, portanto, da orientação metodológica aqui executada. Para Gadamer (2008, p. 29) “compreender e interpretar textos não é um expediente reservado apenas à ciência, mas pertence claramente ao todo da experiência do homem no mundo”. Nessa direção, ao longo deste trabalho, as aproximações com os pressupostos desenvolvidos por este autor visam menos o estabelecimento de um referencial padronizado, com leis e procedimentos fixos que

delimitariam um saber-fazer de determinado enfoque de pesquisa, do que a potencialidade e riqueza que a problematização desenvolvida por Gadamer pode oferecer ao campo da pesquisa qualitativa em saúde.

Já no que se refere ao campo da dialética, vertente crítica deste trabalho, esta lança mão de um ideário de realidade em movimento e em constante transformação como forma de valorizar a processualidade dos fenômenos. Para Minayo (2002, p. 94), metodologicamente, “dialética é o estudo da oposição das coisas entre si”, de modo que os processos não se dão de maneira isolada, nem de forma estanque, ao contrário, se coadunam em encadeamentos sucessivos, em um constante devir (SAMAJA, 1992; MINAYO, 2010).

Recuperando em linhas gerais as três leis básicas constituintes da dialética, capilarizadas neste trabalho, a saber: a lei da transformação da quantidade em qualidade e vice-versa; a lei da interpenetração dos contrários; e a lei da negação da negação (TRIVIÑOS, 2006), lembramos que a primeira destas leis destaca que quantitativo e qualitativo estão ligados entre si, mostrando-se, portanto, interdependentes e relacionados no processo de construção do conhecimento. Já a lei da interpenetração dos contrários ou lei da contradição, expressa a ideia de que a realidade é formada por elementos contrários ou opostos, que estão em interação permanente, transformando-a e ressignificando-a. Por fim, a lei da negação da negação diz respeito às relações existentes entre o antigo e o novo, partindo-se do pressuposto de que o novo não elimina o velho de forma absoluta, coexistindo elementos de ambas as fases nos processos de desenvolvimento dos fenômenos da realidade (TRIVIÑOS, 2006).

Fundamentando-nos em tais noções, buscamos neste trabalho, com os princípios da dialética, mesclar consensos com legitimação de dissensos, em uma postura integrativa em que o interesse está na atividade criadora resultante da investigação e não na confiabilidade, validade e neutralidade (SAMAJA, 1992). Cabe salientar que a integração resultante desse modo de pensar possibilitou ainda trabalhar relações antagônicas, confluindo para modelos de pesquisa que valorizam a complexidade inerente aos processos sociais, ampliando assim, o escopo de análise do objeto aqui em questão.

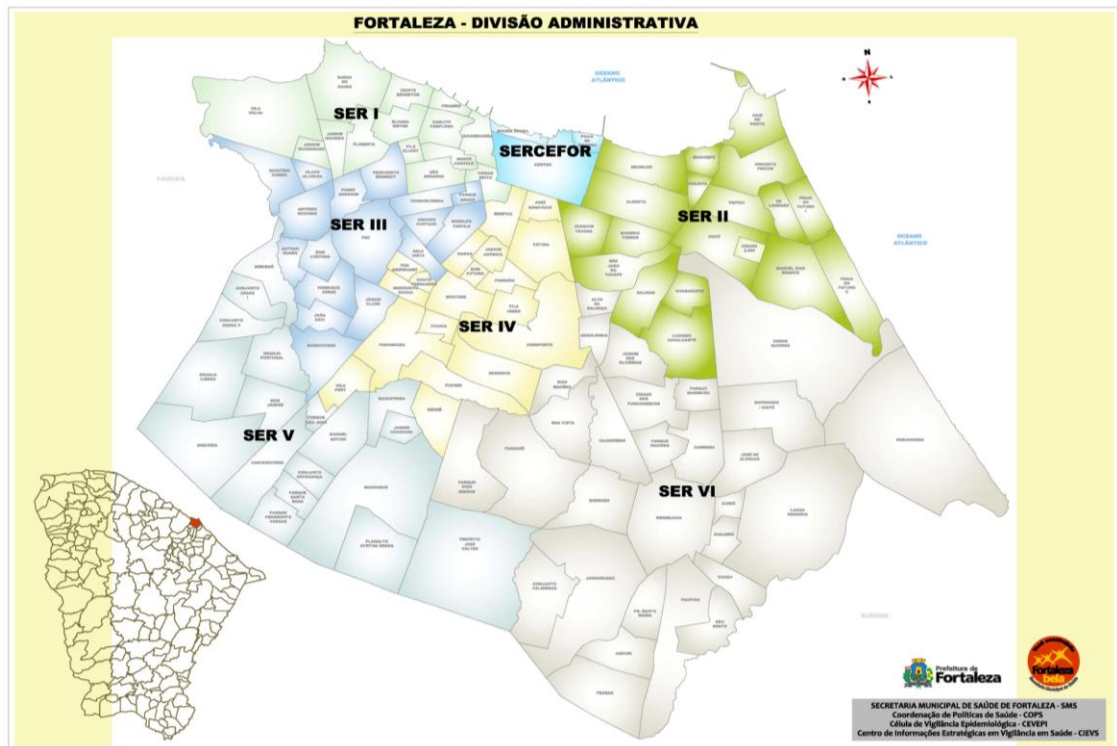
### **3.2 Cenário da Pesquisa**

O espaço empírico da pesquisa compreendeu uma unidade básica de saúde localizada no município de Fortaleza, capital do estado do Ceará, região nordeste do Brasil. Trata-se de um município com aproximadamente 313,8 km<sup>2</sup> e população estimada de 2.447.409

habitantes (IBGE, 2011), distribuída em 116 bairros, sendo considerada, neste último senso, a segunda maior cidade do nordeste e a quinta mais populosa do país (GIRÃO, 2010).

Administrativamente, Fortaleza-CE encontra-se dividida em seis Secretarias Executivas Regionais (SERs), cada uma constituída por unidades denominadas distritos (de Saúde, de Educação, de Meio Ambiente, de Finanças, de Assistência Social e de Infraestrutura), responsáveis pela execução das políticas públicas governamentais no município (FORTALEZA, 2007). Recentemente, foi criada a Secretaria Executiva Regional do Centro de Fortaleza (SERCEFOR), ampliando para 7 (sete) o total de SERs (FORTALEZA, 2010a), conforme demonstra a Figura 6.

Figura 6 – Divisão das Secretarias Executivas Regionais (SER) no município de Fortaleza/Ceará/Brasil



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza – SMS.

No entanto, cabe salientar que mesmo com esta modificação o número de Distritos de Saúde, foco do nosso interesse, permaneceu inalterado (total de seis), estando os mesmos ligados apenas às seis SERs iniciais.

No que se refere especificamente às políticas de saúde, o sistema municipal é gerido pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), mediante divisão descentralizada em SER's e Distritos de Saúde, conforme discussão supracitada, estando ainda em consonância com as diversas transformações decorrentes da reorganização do modelo assistencial no Brasil, intensificadas por intermédio da implantação/implementação do SUS.

O município está habilitado na modalidade gestão plena, estando responsável pela oferta de serviços de saúde nos níveis de atenção primário, secundário e terciário. Cabe salientar que, nos últimos anos, a atenção básica do município, objeto do presente trabalho, vem passando por inúmeras transformações, indo desde a reforma de centros de saúde até a ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família de 15% para 43,44% da população (FORTALEZA, 2007). Para tanto, destaca-se a concretização de concurso público estadual de base municipal, no ano de 2006, com a finalidade de ampliar o número de equipes de Saúde da Família, naquele momento estimada em 460 equipes para cobertura total da população de Fortaleza-CE (FORTALEZA, 2007).

Desse modo, dados anteriores à realização do concurso, apontam para um total de 101 equipes de Saúde da Família funcionando no município, passando-se em seguida a um total de 304 equipes, após convocação dos aprovados em concurso, conforme quadro abaixo:

Quadro 1: Distribuição quantitativa das equipes de saúde da família, por Secretaria Executiva Regional, antes e depois da convocação dos concursados

SER	Nº de equipes antes do concurso	Nº de equipes depois do concurso
I	16	36
II	11	38
III	22	63
IV	12	33
V	20	64
VI	20	70
<b>FORTALEZA</b>	<b>101</b>	<b>304</b>

Fonte: Célula de Atenção Básica/Secretaria Municipal de Saúde. FORTALEZA, 2007.

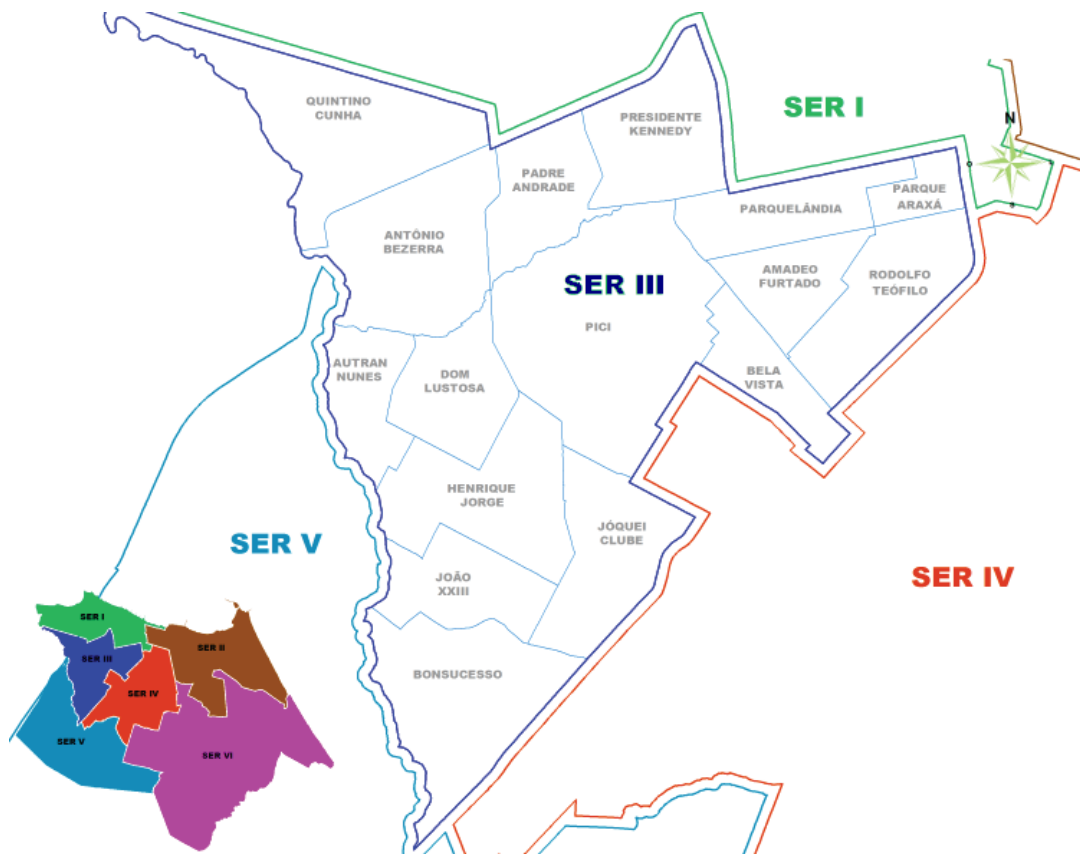
Dados de relatório mensal da gestão do mês de agosto de 2011 vislumbram que atualmente o município de Fortaleza-CE conta com 349 equipes de Saúde da Família, cadastradas junto ao Ministério da Saúde (FORTALEZA, 2011). A atuação das equipes ocorre principalmente nos Centros de Saúde da Família e na comunidade, mediante acompanhamento de um número definido de famílias dentro do território adstrito, no âmbito das ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes (FORTALEZA, 2010b).

No que se refere mais especificamente ao contexto do estudo, a pesquisa foi realizada no território pertencente à Secretaria Executiva Regional (SER) III, localizada na zona oeste do município de Fortaleza-CE, com uma área territorial de 27.777 km<sup>2</sup> e uma população

398.424 habitantes, representando 15,9% da população total do município (FORTALEZA, 2010b).

A SER III, representada na Figura 7, abrange 16 bairros de Fortaleza-CE: Amadeu Furtado, Antônio Bezerra, Autran Nunes, Bonsucesso, Bela Vista, Dom Lustosa, Henrique Jorge, João XXIII, Jóquei Clube, Olavo Oliveira, Padre Andrade, Parque Araxá, Pici, Parquelândia, Presidente Kennedy, Rodolfo Teófilo e Quintino Cunha, sendo que cinco destes bairros apresentam baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), concentrando 46,1% da população da Regional. Os demais possuem IDH médio (FORTALEZA, 2010b).

Figura 7 - Bairros e limites da Secretaria Executiva Regional III – Fortaleza (CE)



Fonte: Plano Municipal 2010 – 2013. Secretaria Municipal de Saúde. FORTALEZA, 2010b.

Os equipamentos de saúde presentes na SER III incluem: 16 Centros de Saúde da Família, Hospital Distrital Evandro Aires de Moura, Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), Instituto do Câncer do Ceará (ICC), Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), Hospital São José, Grupo de Educação e Estudos Oncológicos (GEEON), HEMOCE, Instituto de Psiquiatria do Ceará (IPC), um CAPS geral, um CAPS infantil, um CAPS AD (FORTALEZA, 2010b).

### ***3.2.1 O campo: critérios de seleção e caracterização***

Para efeito deste estudo, selecionamos como campo da pesquisa uma unidade básica de saúde pertencente a Regional III<sup>22</sup>, partindo-se para tanto de alguns critérios previamente estabelecidos que contemplassem:

- I. Centros de Saúde/Equipe de Saúde da Família que estivessem funcionando com equipes completas, segundo definição do Ministério<sup>23</sup>;
- II. Centros de Saúde/Equipe de Saúde da Família em funcionamento a, no mínimo, dois anos.
- III. Centros de saúde/Equipe de Saúde da Família que possuíssem equipe NASF vinculada;
- IV. Centros de Saúde/Equipe de Saúde da Família onde os profissionais da ESF e do NASF desenvolvessem ações no âmbito da saúde mental.

Por se tratar da compreensão de uma proposta recente, visto os primeiros NASF terem sido implantados apenas em 2009 no município, consideramos importante o contato com profissionais da equipe SF com trajetória de pelo menos 2 (dois) anos na atenção básica, conforme aludido na introdução deste trabalho.

Tal delimitação de tempo se deu mediante o entendimento das pesquisadoras de que, para que possam avaliar o papel da inserção de mais um agente (nesse caso, o NASF) na conjuntura de suas ações, as equipes de Saúde da Família, necessitam compreender minimamente o arranjo do qual fazem parte. Admitimos, portanto, a arbitrariedade inerente ao recorte temporal da pesquisa, todavia, ressaltamos que, com tal critério, não pretendemos privilegiar determinados centros ou equipes de saúde, o que consistiria um viés, mas sim estabelecer parâmetros de seleção que possibilitassem o desenvolvimento da pesquisa sem maiores comprometimentos.

---

<sup>22</sup> Optamos por não mencionar diretamente o nome do serviço de saúde em virtude da necessidade de se manter o anonimato dos entrevistados, já que trabalhamos apenas com uma instituição e, mais especificamente, com uma equipe de saúde atuante na mesma.

<sup>23</sup> São equipes de Saúde da Família compostas por: agentes comunitários de saúde, médico (a), enfermeiro (a), cirurgião (ã) dentista, auxiliar e/ou técnico de enfermagem, auxiliar em saúde bucal (ASB) e /ou técnico em saúde bucal (TSB) (BRASIL, 2011c).

No que se refere à etapa de definição da unidade, esta se fundamentou em uma estratégia de amostragem intencional, denominada “*amostragem de caso crítico*”. Segundo Flick (2009a, p. 125), parafraseando Patton, a “seleção de *casos críticos* visa àqueles casos nos quais as relações a serem estudadas tornam-se especialmente claras (por exemplo, na opinião de especialistas da área)”. Consonante com esta perspectiva, consultamos a opinião de diversos informantes chave a respeito de uma equipe SF considerada “modelo” no desenvolvimento de ações de saúde mental compartilhadas entre profissionais da equipe SF e equipe NASF.

Na etapa de sondagem consideramos informantes chave: Gestores ligados à atenção básica (Assessoria Técnica das ações de Atenção Básica), gestores do NASF (Assessoria Técnica das ações de Atenção Básica – NASF de Rua) e gestores da área técnica de saúde mental (Coordenação de Saúde Mental do município e Assessoria Técnica das ações de Saúde Mental). De posse das sugestões iniciais, sondamos ainda a opinião das coordenações distritais de saúde mental e do NASF das Regionais mais mencionadas pelos gestores listados acima, que foram as Regionais I, III e IV. Além disso, consultamos a opinião de alguns egressos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade e mestrandos com pesquisas em áreas afins no município de Fortaleza-CE.

A análise do conjunto de opiniões provenientes da sondagem permitiu identificar experiências consideradas “modelo” no âmbito do cuidado em saúde mental, compartilhadas entre profissionais da equipe SF e equipe NASF, nas seguintes Regionais do município de Fortaleza-CE: I, III, IV, VI. Cabe salientar que esta última Regional foi citada apenas por um dos gestores que fez menção ao trabalho desenvolvido na “Oca de saúde comunitária”<sup>24</sup> como uma experiência relevante no âmbito da saúde mental. Tendo em vista nem sempre estas ações serem executadas por profissionais de saúde (há participação ativa de membros da comunidade com formação específica para o trabalho), principalmente aqueles do nosso interesse, ou seja, pertencentes à equipe SF e NASF, optamos por não trabalhar com este contexto.

Assim, com o material da sondagem em mãos, analisamos detalhadamente as justificativas atribuídas pelos informantes na escolha de determinadas experiências, passando-se em seguida à visita das unidades mais recorrentes em suas falas. Esta etapa teve como objetivo verificar no cotidiano dos serviços como estava se processando o cuidado em saúde

---

<sup>24</sup> Espaço destinado à ampliação e articulação das práticas integrativas e complementares do município de Fortaleza-CE, contando, para tanto, com serviços de massoterapia, grupos de resgate de autoestima, terapias comunitárias, SPA de massagem antiestresse com argila e banho ofurô (FORTALEZA, 2008).

mental desenvolvido por equipe SF e NASF, uma vez que algumas falas não apresentaram argumentos consistentes que esclarecessem a preferência por determinada experiência, principalmente entre os informantes gestores.

Realizadas as visitas nos centros de saúde das regionais I, III e IV, finalmente decidimos pela unidade de saúde da Regional III, a qual cumpria todos os critérios acima estabelecidos para a escolha do cenário de estudo. Aliada a estes, a equipe NASF desta unidade contava ainda com profissionais da área de saúde mental, bem como com ações de apoio matricial em saúde mental com periodicidade mensal, situação esta não encontrada nos centros de saúde da regional I e IV<sup>25</sup>.

No que se refere à caracterização do centro de saúde selecionado, este conta com 3 (três) equipes de SF, sendo duas delas completas e uma não. Tomando como base os critérios acima, com a entrada no campo passamos a nos preocupar com a escolha da equipe completa com qual iríamos trabalhar. Para tanto, analisamos questões tais como maior número de funcionários ativos no momento da pesquisa, acesso aos membros da equipe e interesse da equipe em participar da mesma.

Tendo em vista a enfermeira de uma das equipes se encontrar de férias (o que comprometeria a articulação dos ACS's), acabamos por escolher a equipe denominada, a partir de então, A, em funcionamento na unidade desde 2006 e composta por 1 médica, 1 enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem e 7 ACS's<sup>26</sup>. A equipe B, que também estava completa na ocasião da pesquisa, chegou a ser contatada em alguns momentos, entretanto, encontramos dificuldades em articular os seus membros, tanto em virtude de alguns se encontrarem de férias (situação da enfermeira e de um ACS), como também por haver a recusa de alguns profissionais contatados em participar do estudo.

Além da composição acima detalhada, a equipe SF selecionada conta ainda com o apoio de uma equipe NASF, desde 2009, formada por 2 (duas) fisioterapeutas, 1 (uma) fonoaudióloga, 1 (uma) assistente social, 1 (uma) nutricionista e 1 (uma) psicóloga. A unidade pesquisada funciona como sede da equipe de NASF a ela vinculada, contando com a presença

---

<sup>25</sup> Foram visitados dois Centros de Saúde pertencentes a cada uma dessas Regionais. A opção de não trabalhar com as equipes de saúde da Regional I encontra-se justificada nos seguintes fatos: em uma das unidades a equipe NASF não contava com profissionais de saúde mental há, aproximadamente, 6 (seis) meses, já na outra unidade o NASF se encontrava em etapa de estruturação, tendo iniciado as suas atividades há menos de 1 (um) ano. No que se refere aos Centros de Saúde da Regional IV, estes não contavam com a atividade de Apoio Matricial no período da pesquisa, tendo em vista a falta do profissional do CAPS para realização da atividade nas unidades.

<sup>26</sup> A não inclusão das categorias de cirurgião (ã) dentista e auxiliar em saúde bucal (ASB) e /ou técnico em saúde bucal (TSB), previstas também pelo Ministério da Saúde na composição da equipe mínima (BRASIL, 2011c), se justifica pelo fato de, na ocasião da pesquisa, não haver na instituição equipes de saúde bucal.



dos profissionais especialistas nas segundas, quartas e sextas pela manhã. Além desta unidade, a equipe NASF fornece apoio às equipes SF de mais dois centros de saúde localizados na Regional III, durante os demais turnos e dias remanescentes.

### 3.3 Atores Envolvidos

Respeitando-se as categorias existentes na composição atual da equipe A, realizamos entrevista com todos os integrantes da equipe Saúde da Família selecionada. Além destes, um ACS e a médica da equipe B foram convidados a participar do estudo por terem sido mencionados por alguns dos entrevistados como informantes importantes da pesquisa, visto participarem mais diretamente das ações de cuidado em saúde mental do Centro de Saúde. Assim, realizamos entrevistas com os 10 profissionais da equipe A, acrescidos de 2 profissionais da B, totalizando 12 participantes, assim distribuídos: 8 agentes comunitários de saúde, 2 médicas, 1 enfermeira e 1 técnica de enfermagem.

A caracterização da população pesquisada aponta o seguinte perfil dos entrevistados<sup>27</sup>:

- Em sua maioria foram profissionais de saúde do sexo feminino, sendo 10 mulheres e apenas 2 homens;
- Apresentam idade que variam de 29 a 63 anos, com uma média de 36,5 anos;
- Todos os profissionais de nível superior possuem pós-graduação na área de Saúde Coletiva/Saúde da Família. Dentre os agentes comunitários de saúde, 1 possui nível superior incompleto, 1 nível técnico e os demais apenas concluíram o ensino médio. A técnica de enfermagem possui apenas o nível técnico.
- A maioria dos profissionais de nível superior atua desde 2006 na unidade, tendo assumido o cargo após homologação do concurso público. Entre os ACS' a média de anos de experiência na profissão é de 2,5 anos, sendo que apenas 1 ACS ingressou na equipe há, aproximadamente, 5 anos. Os demais variam entre 3,0 e 1,5 anos de atuação na ESF. A técnica de enfermagem possuía, no momento da pesquisa, aproximadamente 2,5 anos de atuação.

---

<sup>27</sup> Consta no Apêndice B (Quadro 4) a caracterização dos participantes do estudo, segundo ocupação, sexo, nível de escolaridade, idade e tempo de atuação na ESF.

Cabe salientar que os demais profissionais das equipes SF presentes na unidade e profissionais do NASF também foram considerados participantes da pesquisa, na medida em que estiveram presentes nos momentos de observações livres previstos no estudo. No entanto, apenas os profissionais da equipe selecionada, acrescidos dos dois profissionais citados acima foram entrevistados, o que possibilitou aprofundar aspectos peculiares ao trabalho desenvolvido com o NASF, objetivo maior da presente investigação.

### **3.4 Desenvolvimento da Pesquisa: técnicas e instrumentos utilizados no trabalho de campo**

Em decorrência da natureza e complexidade do objeto de estudo em questão, optamos por valorizar a multiplicidade de perspectivas e pensamentos por considerarmos que, salvaguardadas as distinções, possibilidades inúmeras de articulações em diferentes planos, que englobassem desde o plano conceitual até o operacional, desembocariam em um melhor entendimento dos problemas práticos. Desse modo, utilizamos os preceitos da *triangulação*, expressos neste trabalho mediante imbricamento metodológico, por acreditarmos que “em lugar de rejeitar *a priori* um estudo quando desenvolvido a partir de outra perspectiva, conviria considerar a possibilidade de empregar outras perspectivas teóricas como estratégias complementares” (BOSI; MERCADO, 2007, p. 45).

Nessa direção, o reconhecimento de que “a ‘triangulação’ não representa um conceito metodologicamente integrado, mas uma metáfora com um vasto campo semântico” (DUARTE, 2009, p. 3-4) é legitimado nesse trabalho, expressando não uma limitação do modelo, mas uma possibilidade crítica de posicionamento frente à escolha metodológica realizada.

Assim, diante da amplitude de interpretações que permeiam o conceito de *triangulação*, destacamos o pensamento de Samaja (1992) com a defesa da interdisciplinaridade (perspectiva integral) como um dos seus fundamentos básicos, assinalando a necessidade de se dialetizar o tratamento das diferentes metodologias como estratégia de investigação. Aliada a esta questão, Minayo (2010, p. 362) concebe a *triangulação* como uma técnica “particularmente recomendada para estudos de avaliação”, por permitir aprofundar diversas facetas de um mesmo fenômeno via discussão interdisciplinar, interativa e intersubjetiva.

As considerações tecidas por Denzin (1989) na delimitação de quatro tipos diferentes de “triangulação”: a “*triangulação de dados*”, a “*triangulação do investigador*”, a

“*triangulação teórica*” e a “*triangulação metodológica*”, da qual nos utilizaremos aqui da noção de “*triangulação metodológica*” - uso de múltiplos métodos/técnicas para estudar um determinado problema de investigação - encontra-se também expresso neste trabalho. A opção das pesquisadoras em utilizar diferentes técnicas ao longo do estudo, a saber: **análise documental, observação livre e realização de entrevistas** visou à superação do enfoque dicotômico, que acirra e legitima o debate distintivo entre quanti e quali; entre macro e micro; entre interior e exterior; entre sujeito e objeto (MINAYO, 2010). Para tanto, propusemos o intercambio de métodos e técnicas como uma potencialidade dos estudos de natureza qualitativa, estando, pois em consonância com o referencial teórico metodológico desta dissertação.

### ***3.4.1 Análise Documental***

A técnica de análise documental consistiu na leitura, sistematização e integração de diversas fontes de informações pertinentes à pesquisa no desenvolvimento do trabalho. Assim, foram analisados documentos oficiais tais como: a Portaria GM 154, de 24 de janeiro de 2008, que regulamenta o NASF; o documento intitulado “Diretrizes do NASF”, elaborado pelo Ministério da Saúde; a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica; a Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010 que estabelece as diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS; a Portaria nº 3.088, que regulamenta a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com vistas à organização e reestruturação dos serviços de cuidado em saúde mental e demais documentos fornecidos pela Secretaria de Saúde de Fortaleza-CE, etc<sup>28</sup>.

A referida análise visou uma melhor compreensão dos fundamentos, estruturação e funcionamento das atividades realizadas no âmbito da saúde mental na atenção básica de Fortaleza-CE, possibilitando assim confrontar conteúdos normativos vigentes em leis e documentos técnicos com o observado na realidade cotidiana dos serviços, via observação livre, bem como nos discursos dos profissionais submetidos à entrevista.

---

<sup>28</sup> A sistematização das informações obtidas mediante análise documental encontra-se diluída ao longo do *corpus* deste trabalho, integrando principalmente os capítulos referentes ao marco teórico e resultados e discussão da presente dissertação.

### 3.4.2 Observação Livre

Além da análise documental, optamos por realizar observações do tipo *livre*, as quais consistem em “recolher e registrar fatos da realidade sem que o pesquisador utilize meios técnicos especiais ou precise fazer perguntas diretas” (LAKATOS; MARCONI, 2010, p. 276). Esta estratégia, também conhecida por observação não sistemática, permitiu o contato com o que irrompe na realidade estudada, mostrando-se uma ferramenta favorável ao entendimento de rotinas e da dinâmica de interação entre os profissionais (crenças, comportamentos, relações de poder, hierarquização de saberes, pontos discordantes, modo como se dão os diálogos, instalações físicas, material, disponibilidade de recursos, apoio institucional, etc.).

Muitos autores consideram a observação um artifício essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa (MINAYO, 1994/2010; 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 “*contemplação viva*” do fenômeno, são partes constituintes da pesquisa dialética, uma vez que ajudam a identificar diferenças, contrastes e rupturas de sentido.

Nessa direção, foram realizadas observações livres da dinâmica do centro de saúde pesquisado durante os meses de novembro e dezembro de 2011, totalizando 18 encontros. As observações abrangeram diversas atividades presentes no cotidiano do serviço, a exemplo de reuniões de equipe, rodas de gestão, discussões de casos envolvendo equipe SF e NASF, dinâmica de atendimento, sala de espera, visitas domiciliares, atividades comemorativas, etc.<sup>29</sup> Cada visita à unidade teve duração média de 4 horas, durante três vezes por semana, completando aproximadamente 72 horas de observação das atividades do serviço.

Cabe salientar que as observações foram registradas em diários de campo, favorecendo assim a descrição de fatos, conversas informais, práticas de saúde, contextos e realidades observadas, assim como serviram para o registro de impressões, vivências e afetos da mestranda, emergidos durante a etapa de campo.

---

<sup>29</sup> Mesmo sendo considerada uma atividade relevante para a pesquisa, não foi possível a participação da mestranda em nenhum encontro de Apoio Matricial. Segundo relato dos profissionais, a unidade não contava com a ação há aproximadamente 2 (dois) meses, sendo atribuídas as seguintes causas para a não realização da atividade: data do encontro coincidiu com as férias da psiquiatra; mudança de horário do carro disponibilizado pela Regional para o transporte da equipe do CAPS, o que gerou incompatibilidade de agendas. Durante o mês de dezembro também não houve reunião de apoio matricial, totalizando 3 (três) meses sem a ação.

### 3.4.3 Entrevistas

Para a apreensão dos depoimentos dos participantes da pesquisa foram realizadas entrevistas com todos profissionais da equipe Saúde da Família descritos anteriormente, tendo sido gravado o conteúdo de suas falas após consentimento. O roteiro com as perguntas condutoras das entrevistas baseou-se no modelo de entrevista individual semiestruturada<sup>30</sup>, com perguntas abertas (FLICK, 2009a).

De um modo geral, as questões constituintes deste tipo de entrevista são respondidas dentro de uma conversação informal, dialógica, na qual o entrevistador e o entrevistado têm a liberdade para desenvolver cada situação na direção que considera adequada (MINAYO, 2010; POUPART, 2010). Nesse sentido, por se tratar de uma modalidade de investigação que possibilita “conhecer o significado que o entrevistado dá aos fenômenos e eventos de sua vida cotidiana, utilizando seus próprios termos” (LAKATOS; MARCONI, 2010, p. 278), o uso da entrevista do tipo semiestruturada vai ao encontro do referencial teórico metodológico norteador da presente dissertação estando, pois, de acordo com os preceitos da pesquisa qualitativa de vertente crítico interpretativa.

A opção por essa modalidade de entrevista fundamentou-se, dentre outras razões, na consideração feita por Gadamer (2008) acerca do conceito de “conversação”, entendido como um processo favorável ao entendimento em profundidade de determinados fenômenos. Nas palavras do autor, “toda verdadeira conversação implica nossa reação frente ao outro, implica deixar realmente espaço para seus pontos de vista e colocar-se no seu lugar” (GADAMER, 2008, p. 499).

Objetivando colocar em prática o conceito de conversação proposto por Gadamer (2008), utilizamos, para obtenção do material discursivo, um roteiro de entrevista composto por perguntas abertas, o qual se fundamentou na seguinte questão norteadora: **“Fale-me um pouco sobre o modo como vem se dando, em sua equipe, as experiências em saúde mental desenvolvidas com os profissionais do NASF”**. A partir das considerações feitas pelos entrevistados, novas questões puderam ser colocadas, desdobrando assim a conversação em novas perguntas e aprofundamentos.

Além das questões relacionadas às ações de saúde mental desenvolvidas com o NASF, o roteiro também contemplou questões referentes à formação, trajetória e prática dos

---

<sup>30</sup> O roteiro de entrevista semi estruturado, utilizado por nós no estudo, encontra-se no Apêndice C desta dissertação.

profissionais entrevistados, assim como sentimentos e significados decorrentes da experiência do trabalho na ESF.

As entrevistas foram realizadas pela mestranda no próprio centro de saúde e registradas em gravador de áudio. As gravações foram iniciadas apenas após o consentimento dos profissionais convidados mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)<sup>31</sup>. Em momento posterior, as entrevistas foram transcritas, em sua maior parte pela mestranda, ficando as transcrições feitas por terceiros sob supervisão da mesma, que seguidamente executou adaptações e correções<sup>32</sup>. O tempo médio de conversação das entrevistas foi de 36 minutos, descartando-se as interrupções e comentários não ligados à temática da pesquisa.

### **3.5 Processamento e Análise do Material Empírico**

Os relatos obtidos durante o processo de investigação foram analisados à luz dos preceitos da abordagem qualitativa de vertente crítico interpretativa, ancorada no pensamento de Hans-Georg Gadamer, para quem a distância entre duas consciências, a do sujeito e a do pesquisador, por exemplo, podem se fundir a partir do ajustamento de seus campos de visão, em uma perspectiva integrativa e dialógica (GADAMER, 2008).

Como nos aponta Ricoeur (1989, p. 106), o pensamento de Gadamer, através do seu conceito de  *fusão dos horizontes*, permite questionar a ideia de um saber total e único, trabalhando com tensões, tais como “próprio e estranho”, “próximo e longínquo”, de modo que “o jogo da diferença é assim incluído na comunhão”.

Desse modo, ante as várias possibilidades analíticas da abordagem, os relatos foram submetidos a uma análise em profundidade, tendo em vista identificar sentidos e significados brotados durante os encontros, sendo posteriormente organizados em categorias empíricas que melhor expressassem a articulação entre o que foi dito pelos sujeitos e a interpretação do investigador. Operacionalmente, a análise do material empírico foi realizada a partir da execução de três etapas, iniciadas após a transcrição das entrevistas, a saber:

---

<sup>31</sup> O modelo do termo de consentimento utilizado por nós encontra-se no Apêndice D.

<sup>32</sup> As revisões das entrevistas transcritas por terceiros tiveram como objetivo salvaguardar os aspectos semânticos e sintáticos das falas dos entrevistados. Além disto, visou também integrar as expressões não verbais e emoções apreendidas durante as entrevistas.

I. ***Organização e leitura exaustiva do material adquirido*** – nesta etapa procuramos destacar tanto os aspectos diretamente relacionados aos objetivos do estudo, com vistas à impregnação dos sentidos brotados nos depoimentos dos entrevistados, como também situações inesperadas referentes à temática, de modo a identificarmos tanto temas centrais como aspectos pontuais transversais às falas;

II. ***Ordenação e classificação do material em categorias empíricas*** – Após a identificação de temas centrais, passamos a nos preocupar com os sentidos e significados atribuídos pelos sujeitos ao fenômeno em questão, construindo assim a rede de significados constitutiva das entrevistas. Além de agruparmos expressões e conteúdos semelhantes em categorias temáticas mais amplas, buscamos, ainda nesta etapa, desdobrar o material discursivo em dimensões de análise que melhor contemplassem a totalidade das falas. Desse modo, incluímos nas dimensões de análise não apenas elementos recorrentes, mas também aspectos pontuais e divergências integrantes do fenômeno analisado;

III. ***Análise final das categorias à luz do marco teórico conceitual norteador do estudo.*** Por fim, buscamos estabelecer relações entre o observado ao longo da pesquisa com algumas discussões teóricas, bem como aspectos normativos referentes à temática, confluindo assim, em um exercício interpretativo das pesquisadoras. Este último teve como objetivo maior confrontar a produção subjetiva decorrente da pesquisa (nos registros das observações e entrevistas) com a materialidade do cuidado em saúde mental na atenção básica, destacando, para tanto, algumas discussões colocadas no âmbito normativo e teórico, em sua interface com a concretude das ações executadas no dia a dia do serviço.

Conforme aludimos em outros momentos, as observações livres e a análise documental também foram submetidas à análise das pesquisadoras, de modo que compreensões dos significados, explícitos e implícitos, nos documentos estudados e nos registros das ações observadas durante as visitas puderam ser analisadas em conjunto com os depoimentos contidos nas entrevistas. A integração das diversas informações provenientes deste estudo esteve fundamentada nas discussões anteriormente colocadas sobre o conceito de *triangulação*, o que tornou possível uma maior compreensão dos diversos elementos constitutivos do fenômeno aqui em questão.

### 3.6 Considerações Éticas do Estudo

Este estudo previu os procedimentos éticos exigidos pelo Conselho Nacional de Saúde que, através da Resolução 196/96, estabelece diretrizes para a realização de pesquisas com seres humanos.

Nessa direção, cabe destacar que concomitante à entrada da mestranda no campo foi explicado aos profissionais contatados o objetivo da pesquisa, a metodologia a ser aplicada, bem como a não obrigatoriedade dos mesmos em participar do estudo. Feitas estas considerações, solicitamos de todos os participantes da pesquisa a assinatura do TCLE, através do qual estes declararam estar cientes do estudo e de acordo em participar do mesmo. Em contrapartida, no mesmo documento, a mestranda se comprometeu com a guarda de sigilo no que diz respeito à identificação dos entrevistados, mediante procedimentos tais como a criação de nomes fictícios e outros meios que preservem a identidade destes. Ficou acordado também que as informações fornecidas não seriam utilizadas para outros fins senão aqueles comunicados e propostos na pesquisa.

Salientamos ainda que obtivemos o consentimento do Sistema Municipal de Saúde Escola da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza-CE para a realização do estudo com a equipe de profissionais do seu quadro de funcionários (Anexo A) e também para ter acesso a documentos pertinentes ao estudo. Por fim, a submissão do trabalho ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos fez parte das etapas de pesquisa, sendo considerada de suma importância para o reconhecimento e legitimidade desta. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará - UFC, mediante protocolo COMEPE nº 275/11, ofício nº 352/11<sup>33</sup>.

---

<sup>33</sup> O protocolo constando aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética encontra-se no Anexo B desta dissertação.



## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

“O corpo que atravessa aprende certamente um segundo mundo, aquele para o qual se dirige, onde se fala outra língua. Mas ele se inicia sobretudo num terceiro, pelo qual transita.”

(Michel Serres)

Em virtude da natureza e complexidade do objeto de estudo em questão, optamos por uma estratégia de exposição dos resultados que mesclasse o material empírico com as questões teórico conceituais, operacionalizando assim, o exercício crítico interpretativo em que se fundamenta a presente investigação. Nessa direção, os achados decorrentes da pesquisa estão ancorados, primordialmente, nos depoimentos dos sujeitos entrevistados e nos dados decorrentes da observação livre, estabelecendo-se, sempre que possível, diálogos com o produto da análise documental e demais leituras do estado da arte relacionado à temática.

No que tange à análise do material discursivo, cabe salientar que buscamos valorizar, na apresentação dos resultados, falas evocativas referentes a determinados aspectos abordados, tendo em vista estas expressarem sentidos comuns para a maioria dos participantes da pesquisa. No entanto, pontos de vistas distintos, especificidades e contradições mencionados pelos profissionais da equipe SF contatada são também destacados durante a análise do material, por se tratar de dimensões consideradas relevantes para a compreensão total do fenômeno em questão.

Tendo em vista o reconhecimento de peculiaridades nas distintas categorias profissionais que compõem as equipes SF - principalmente aquelas referentes às modalidades de formações exigidas para o exercício de cada profissão, as quais englobam como pré requisito a conclusão do ensino médio, profissionalizante e superior, assim como, especificidades relativas à atribuição de cada um desses agentes no âmbito da ESF, o que acaba por ocasionar campos de atuação com responsabilidades distintas - advertimos que, em alguns momentos do trabalho, apontaremos, nos discursos de alguns profissionais, peculiaridades relativas à categoria/ocupação da qual fazem parte, confluindo assim para uma distinção entre as opiniões dos profissionais de nível superior, de nível técnico e agentes comunitários de saúde (ACS).

Uchimura (2010), em trabalho anterior também realizado no Laboratório de Avaliação e Pesquisa Qualitativa em Saúde (LAPQS), sinaliza que tal distinção não tem como objetivo discriminar – valorativamente – as categorias profissionais participantes do estudo, mas sim,

produzir uma análise que leve 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. Nessa direção, partiremos da mesma consideração das autoras supracitadas, justificando assim possíveis dissonâncias em relação às categorias profissionais da equipe SF pesquisada, encontradas ao longo do corpo da discussão.

Para efeito de organização do material empírico, os discursos provenientes das entrevistas aparecem codificados, com numeração que vai de 01 a 12, representando o quantitativo de profissionais entrevistados<sup>34</sup>. Esta disposição objetivou relacionar os depoimentos citados ao longo do texto com o profissional que o mencionou, sem prejuízo da garantia de sigilo pactuada com os informantes no momento das entrevistas.

Com o material discursivo em mãos, elaboramos a Rede Interpretativa do estudo, constituída por três temas centrais, os quais se subdividem, por sua vez, em dimensões de análise, resumidas no quadro a seguir:

Quadro 2 – Rede Interpretativa do Estudo

TEMAS CENTRAIS	DIMENSÕES DE ANÁLISE		
A) Compreensões dos profissionais da equipe SF investigada acerca do fenômeno “Saúde Mental”.	A1. Saúde ou doença mental?	A2. O “louco” como incapaz e anormal.	
B) O cuidado em “Saúde Mental” no contexto da atenção básica: a <i>práxis</i> no cotidiano do serviço pesquisado.	B.1 Experiências de Saúde Mental em curso na Equipe SF.	B.2 Corre(dor) da pessoa com transtorno mental: encontros e desencontros dos usuários de “Saúde Mental” na atenção básica.	B.3 Experiências de cuidado em “Saúde Mental” desenvolvidas em parceria com o NASF.
C) O lugar do NASF no cuidado em “Saúde Mental” na atenção básica.	C.1 O “NASF educador”: compreensões e fundamentos.	C2. A legitimidade do NASF como importante avaliador dos casos de transtorno mental.	C.3 O “NASF articulador” da rede.

Fonte: Elaboração própria.

<sup>34</sup> Como estratégia de exposição, adotamos genericamente a terminologia “Profissional”, seguida dos respectivos códigos das entrevistas, detalhados no Quadro 4 (Apêndice B), onde também podemos visualizar a caracterização dos profissionais de saúde entrevistados.

O tema A *Compreensões dos profissionais da equipe SF investigada acerca do fenômeno “Saúde Mental”*, apesar de não se constituir, inicialmente, um objetivo específico do estudo, brota da necessidade de se considerar o intrincado de concepções e vivências, decorrente das práticas dos profissionais de saúde, como parte da compreensão em profundidade do fenômeno abordado. Nessa direção, explana as principais concepções da equipe SF referentes ao âmbito “Saúde Mental”, desnaturalizando-o à medida em que apresentamos o imaginário em torno do qual se constroem as noções de “louco” e “loucura” no grupo entrevistado.

No tema B, *O cuidado em “Saúde Mental” no contexto da atenção básica: a práxis no cotidiano do serviço pesquisado*, discorreremos sobre as experiências de Saúde Mental em curso na equipe SF. Nesta seção, abrangeremos tanto a descrição de atividades gerais como as formas de se relacionar com “louco” e a “loucura” presentes no espaço investigado. Analisamos também, especificamente, as experiências de cuidado em Saúde Mental desenvolvidas em parceria com o NASF, de modo a destacarmos potencialidades e dificuldades, apontadas pela equipe SF, na operacionalização das ações conjuntas.

Por fim, na explanação do tema C, *O lugar do NASF no cuidado em “Saúde Mental” na atenção básica*, retrataremos as atividades apontadas pela equipe SF, relativas ao âmbito da saúde mental, como passíveis de contribuição do NASF. Neste tema, as dimensões de análise mais recorrentes confluem em um conjunto de ações que atribuem ao NASF o papel de “educador”, “avaliador” dos casos de transtorno mental e “articulador” da rede. Discorreremos ainda, neste tópico, sobre as expectativas, por parte dos profissionais de SF entrevistados, acerca do programa NASF, conjecturando no que se refere à correspondência destas com as experiências atualmente em curso no município de Fortaleza-CE.

#### **4.1 TEMA A: Compreensões dos profissionais da equipe SF investigada acerca do fenômeno “Saúde Mental”**

Os saberes e práticas constituintes das mais diversas especialidades estão em constante interação com visões de homem e de mundo particulares. Assim, ações e práticas de saúde não se dão de modo neutro e isolado, bem como pensamentos e reflexões não surgem do acaso e da mera contemplação. Como nos assinala Costa (2007), as chamadas ideias “científicas” são estreitamente dependentes do contexto cultural que as legitima, de forma que

o objeto de nossas pesquisas ou intervenções clínicas jamais nos aparece em sua nudez ontológica ou ôntica, como se preferir. Somos prisioneiros do tesouro das significações prévias, que apontam para aquilo que é relevante ou irrelevante

conhecer, alterar, conservar, incentivar, desenvolver ou, eventualmente, inibir, controlar, eliminar etc. (COSTA, 2007, p. 10).

Tomando como ponto de partida as considerações acima, a presente discussão fundamenta-se no pressuposto de que as concepções dos profissionais relativas ao fenômeno “loucura” aliadas ao uso que os mesmos fazem dela, trazem inúmeras repercussões na assistência prestada à pessoa com transtorno mental, contribuindo ou não para a melhoria da sua qualidade de vida (SOUZA; SCATENA, 2005).

Nessa direção, iniciamos a exposição dos resultados abordando as compreensões dos participantes da pesquisa acerca do fenômeno “Saúde Mental”, de modo a destacar os principais conceitos que engendram, circulam e/ou cristalizam o imaginário social dos profissionais entrevistados.

### **A1. Saúde ou doença mental?**

A análise do material discursivo acabou por apresentar a “Saúde Mental” como um fenômeno multifacetado, não definido em si mesmo, mas inserido em uma rede de significados particulares oriunda das experiências de cada um dos profissionais entrevistados. Desse modo, os profissionais de nível superior tenderam a relatar experiências vivenciadas durante as consultas (médica e de enfermagem), ao passo que os ACS’s narraram com maior frequência fatos decorrentes das visitas domiciliares e/ou observados no dia a dia do território.

Pudemos observar, no entanto, que, independente do local onde as práticas relativas à saúde mental ocorram, os depoimentos versam, em sua maioria, sobre situações que assinalam modos de se “perceber” a saúde mental na atenção básica apenas como expressão de sinais e sintomas característicos de entidades nosológicas ou transtornos específicos (DALGALARRONDO, 2008), resumidos nas falas dos entrevistados as vivências de depressão grave, esquizofrenia e fobias severas:

[...] uma paciente, idosa, já com mais de noventa anos, procurou o posto dizendo que estava nascendo cabelo nas mãos. Ela ficava todo tempo puxando porque ela disse que nascia cabelo. E ela tinha sido uma paciente bem orientada o tempo todo, né?!  
[...] Apresentou-se sem agressividade, sem nada, com um pouquinho de distúrbio do sono. Ela disse que já não dormia por causa dessa “ferviação”... ela chamava de “ferviação” dos cabelos na mão.  
(Profissional 01)

Ele fala coisa com coisa, inclusive ele piorou. [...] ele se veste de mulher, entendeu?! Anda com o cachorro dele na área lá, cachorro sujo e ele também...  
(Profissional 07)

Ela falava demais e ela não dormia. Saía sozinha e não dizia para onde e aí foi diagnosticado que ela tinha transtorno. [...] assim, esse tipo de transtorno. Não tenho nenhum assim de agressividade na minha área... Eu não conheço.  
(Profissional 09)

Os fragmentos acima encerram uma compreensão do fenômeno em sua vertente oposta, ou seja, “saúde mental” entendida como “doença” mental<sup>35</sup> (ROSA; LABATE, 2003), fazendo com que as patologias sob o rótulo de “transtornos graves e persistentes”<sup>36</sup>, assumam lugar de destaque ao longo das entrevistas:

Ela tem transtorno grave e faz acompanhamento também no CAPS. [...] Ela fica trancada, a mãe separou, a casa é aqui [faz gesto com mão] a mãe separou, porque ela se torna agressiva em determinados momentos. Só que quando ela está medicada a mãe, à tarde, solta para ela dar um volta na rua, ela não conversa nada que faça sentido.  
(Profissional 05)

Ela tem pânico das pessoas. Ela passa, se ela for numa mercearia, ela passa com o cabelo assim na frente, ela não olha para as pessoas. Ela não é agressiva, ela não é agressiva, mas ela é toda assim, ela é toda assim assustada. E ela é acompanhada pelo CAPS, ela toma medicação e tudo.  
(Profissional 06)

O uso do termo “grave”, presente na fala do profissional 05 e recorrente em várias outras entrevistas, bem como a própria menção do CAPS como dispositivo de saúde responsável pelo cuidado dos pacientes com transtorno mental adstritos na área, corroboram a centralidade dos “transtornos graves e persistentes” como principal modo de se perceber a problemática “Saúde Mental” no contexto da atenção básica.

Nota-se ainda, nas falas acima, o componente “agressividade” - explícito na experiência do profissional 05 e nas demais servindo como parâmetro de caracterização dos casos de transtornos mental acompanhados pelos profissionais - como estando associado às experiências em saúde mental vivenciadas pela equipe. A relação entre “loucura” e periculosidade se mostrou presente na narrativa de muitos profissionais da ESF, sugerindo assim uma visão negativa da pessoa com transtorno mental, ainda hoje, considerada em muitos cenários um ser sem razão/sem juízo, agressiva, e por isso, perigosa e incapaz de viver

---

<sup>35</sup> Tendo em vista nosso trabalho encontrar-se fundamentado em uma concepção ampla de saúde, entendida para além da mera ausência de doença, optamos por utilizar a nomenclatura “saúde mental”, em detrimento das noções “doença mental” ou “doente mental”, ao longo de todo nosso trabalho. Desse modo, assinala-se que estas últimas não foram utilizadas em nenhum momento durante as entrevistas, tendo surgido espontaneamente nas falas dos entrevistados noções vinculadas a tal paradigma.

<sup>36</sup> Leia-se “psicoses, neuroses graves, transtornos de humor graves, deficiência mental com grave dificuldade de adaptação” (BRASIL, 2005).

em sociedade (MACIEL, et al., 2011). Consonante esta última visão, a terminologia “grave” se apresenta exprimindo ideia de ameaça e perigo, conforme o relato a seguir:

Grave é aquela pessoa que precisa de uma internação... Uma pessoa que agride, uma pessoa que não dá... não tem nem como você conversar. Então para mim, na minha área, não tem nenhum caso grave assim.  
(Profissional 11)

Evidencia-se, no fragmento acima, que o foco atribuído pelos profissionais aos casos de “transtornos graves e persistentes” serviu ainda como critério de delimitação dos casos de “Saúde Mental” vigentes na área. Na medida em que ao conceber a pessoa grave como a que “precisa de internação”, “que agride” e “não tem nem como você conversar”, o entrevistado julga não possuir pessoas com este perfil, deixando de contemplar assim uma gama de experiências relativas ao âmbito da saúde mental, possivelmente existentes em seu território de atuação. Referente ainda ao critério de demarcação dos casos de saúde mental observamos comentários tais como:

[...] diagnóstico mais simples como quadros depressivos, ansiedade, não é isso que eu estou falando de saúde mental propriamente. Eu estou falando realmente de distúrbios mais sérios, tá entendendo?! Diagnósticos mais de esquizofrenia, um tratamento mais especializado, mais específico, entendeu?!  
(Profissional 01)

A centralidade atribuída, pelos profissionais de saúde, aos casos “mais sérios” - aspecto encobridor de uma variedade de experiências de saúde mental possivelmente existente no cenário da atenção básica - pode ser entendida também como a principal responsável pela percepção dos profissionais de que há poucos casos de “Saúde Mental” na área, conforme pudemos observar em algumas falas anteriormente citadas, bem como nas seguintes:

Eu tenho pouco transtorno... Eu não tenho muito transtorno mental não, na minha área, eu tenho poucos, né?! E assim, os que eu tenho eles são acompanhados pelo CAPS, né, tomam medicação e tudo.  
(Profissional 06)

Eu só tenho uma pessoa que ele tem problema de saúde mental... só.  
(Profissional 10)

A gente tem poucos pacientes mentais aqui que vive no posto. Pouquíssimos. Eu acho que só tem dois pacientes aqui, que o NASF até acompanha.  
(Profissional 12)

Chegamos a observar nos depoimentos dos profissionais 03, 08 e 11, afirmações explícitas da não existência de casos de transtorno mental na área, embora em outros momentos da entrevista apareçam relatos de contato com experiências consideradas “casos

leves”, o que corrobora a centralidade atribuída pelos profissionais entrevistados aos casos de “transtornos graves e persistentes” como modo de se perceber a “Saúde Mental” na atenção básica.

Tendo em vista, o termo “grave” ser utilizado com recorrência para fazer referência aos pacientes com transtorno mental da área, a terminologia “leve” aparece pontualmente na fala dos entrevistados, apenas expressando contraponto em relação à noção de “grave”, tendo em vista os profissionais entrevistados, em sua maioria, não considerarem os transtornos “leves” casos de “Saúde Mental”. Diante disto, os transtornos leves são do seguinte modo vislumbrados por alguns participantes do estudo:

Têm os transtornos leves que tomam remédio só para dormir, mas que a gente sabe que isso é errado, não existe isso. E existe os transtornos mais... que são as pessoas que realmente têm problemas.  
(Profissional 04)

Não é aquela pessoa de quebrar nada, sabe? Mais é aquela pessoa que está muito, está desorientada, sabe? [...] São pessoas que andam, se locomovem, mais não tem aquela noção bem das coisas, sabe? Um pequeno transtorno mental mesmo.  
(Profissional 08)

Amarante (1995), apoiado nas discussões de Birman & Costa, chama a atenção para a crise pela qual a psiquiatria clássica vem passando nos últimos anos, ocasionada principalmente por mudanças no seu objeto, que deixa de ser o tratamento da doença mental para ser a promoção da saúde mental. Nessa direção, ao se falar em “Saúde Mental”, no contexto atual, marcado pelos ideais e diretrizes decorrentes do movimento de Reforma Psiquiátrica, propõe-se não apenas uma troca de termos, tampouco a desconsideração da gama de experiências que abarcam a “loucura” nas suas distintas manifestações, mas sim contemplar um conjunto de experiências e de conhecimentos dos profissionais de saúde acerca de “uma área conhecimento que, mais do que diagnosticar e tratar, liga-se à prevenção e promoção de saúde, preocupando-se em reabilitar e reincluir o paciente em seu contexto social” (BRASIL, 2003b, p. 14). Assim, a opção pelo uso do termo “Saúde Mental” nesta pesquisa encontra-se fundamentada na perspectiva supramencionada, ao passo que se contrapõe às concepções que versam sobre a “loucura” como um fenômeno bizarro, limitante e, portanto, passível de intervenção, controle e supressão (AMARANTE, 1996).

Indo ao encontro destas últimas noções, observamos no cotidiano do serviço de saúde pesquisado, ações em saúde mental marcadas por “concepções místicas ou leigas, estereotipadas sobre o portador de transtorno mental, mobilizando nos profissionais mais um fazer empírico do que clínico-assistencial” (LUCCHESI et al., 2009, p. 2037). Tal atitude

pode ser entendida como resultado do desconhecimento por parte da maioria dos profissionais entrevistados dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e da Política de Saúde Mental em curso no Brasil, bem como da prevalência de uma visão estigmatizada acerca da pessoa com transtorno mental, perpetuada ao longo da História, e não desmitificada em muitos espaços de formação (MACIEL et al., 2011). Estes achados encontram-se presente em vários outros estudos realizados no cenário da atenção básica no Brasil (LUCCHESI et al., 2009; VECCHIA; MARTINS, 2009; NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007; SILVEIRA; VIEIRA, 2009; JUCÁ; NUNES; BARRETO, 2009), despontando como um dos principais problemas a serem superados no contexto atual.

Ainda no que diz respeito ao desconhecimento por parte dos profissionais de SF acerca de alguns pressupostos da Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental vigentes, chamou-nos a atenção, na equipe pesquisada, o fato de os transtornos mentais decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas aparecerem de modo pontual nos depoimentos dos profissionais entrevistados. Aspectos relacionados a esta problemática aparecem apenas em três entrevistas, sendo que duas destas não consideraram casos de álcool e outras drogas como pertencentes ao âmbito da saúde mental, conforme consta nos fragmentos a seguir:

Mais a minha área... A problemática da minha área é questão de droga, entendeu?! Assalto. Que é a área de risco um. Esses aí [casos relativos à saúde mental] são problemas que acontecem aqui, acolá com uma pessoa.  
(Profissional 08)

Eu mesma não tenho nada em relação a mental. Eu tenho pessoas com problema de alcoolismo, sabe... pessoas difíceis.  
(Profissional 11)

Tendo em vista o aumento do número de casos de transtornos graves associados ao consumo de álcool e outras drogas, estimado em 12% da população acima de 12 anos, no Brasil (BRASIL, 2005), o Ministério da Saúde tem desenvolvido, nos últimos anos, um conjunto de estratégias que contemplam desde ações de promoção e prevenção até tratamento e reabilitação voltadas à redução do consumo de crack, álcool e outras drogas. Inclusive durante o desenvolvimento da pesquisa, entre os meses de outubro e dezembro de 2011, a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza – SMS realizou curso de formação abrangendo a temática, de modo que alguns membros da equipe pesquisada estiveram ausentes do serviço durante certo período, tendo em vista se encontrarem neste espaço de formação. Cabe aqui então indagar: “Em que consistem as formações dos profissionais de saúde referentes à abordagem dos transtornos mentais decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas? Quais



os conteúdos e metodologias trabalhados? Qual a efetividade do modelo pedagógico utilizado? Como são avaliadas tais formações? A quem, afinal, se destinam?”.

Destacamos ainda que a recente regulamentação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no SUS, datada de dezembro de 2011, desponta como uma estratégia do Ministério da Saúde no âmbito da atenção aos transtornos mentais decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas deveras importante para os novos rumos da problemática. Existem no Brasil atualmente cerca de 277 serviços especializados com enfoque na atenção aos transtornos mentais decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, sendo 272 CAPSad e 5 CAPSad III (BRASIL, 2012). Esta última modalidade de cuidado foi implantada recentemente, mediante regulamentação da RAPS, e tem como objetivo oferecer cuidados às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, funcionando 24 horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana (BRASIL, 2012).

A RAPS prevê ainda a criação de serviços residenciais de caráter transitório (comunidades terapêuticas e unidades de acolhimento provisório para usuários de álcool e outras drogas); estratégias de reabilitação psicossocial, realizadas mediante cooperativas sociais e outros espaços de gestão de trabalho e renda; disponibilidade de leitos de internação em hospitais gerais e a criação de enfermarias especializadas.

Além destas estratégias, o cuidado nos serviços de atenção básica em saúde é bastante valorizado na perspectiva da RAPS, tendo em vista os transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas estarem entre os diagnósticos mais comuns nos contextos da atenção básica, juntamente com a depressão e ansiedade (WHO, 2001). Aliado a isto, a atenção básica é considerada uma das modalidades de cuidado mais próximas das condições de vida das pessoas (BRASIL, 2011c), constituindo-se, portanto, em um dispositivo de grande capilaridade na comunidade (BRASIL, 2011d). O cuidado em saúde mental nos serviços de atenção básica podem se dar, conforme proposta da RAPS, em Unidades Básicas de Saúde, em Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas - operacionalizáveis via Equipe de Consultório na Rua ou Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório -, nos Centros de Convivências e nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Estes pontos de atenção, descritos no marco conceitual desta dissertação, integram o componente “atenção básica em saúde” da RAPS (BRASIL, 2011d) e despontam no cenário atual como um devir da Política Nacional de Saúde Mental, na medida em que se encontram presentes no âmbito normativo, mas não garantidos na materialidade da *práxis* em saúde do município de Fortaleza-CE, conforme se constata, nos depoimentos apresentados acima, via acepções inconsistentes dos profissionais de SF entrevistados.

## A2. O “louco” como incapaz e anormal

Conforme discussão tecida no marco teórico deste trabalho, os depoimentos elaborados pelos profissionais de saúde entrevistados revelam, em sua maioria, compreensões acerca da “loucura” ancoradas no paradigma psiquiátrico clássico. Este reduz os seus acontecimentos à “perda das capacidades racionais e/ou falência do controle voluntário sobre as paixões” (PESSOTTI, 1994), atribuindo-se uma condição irreversível aos quadros de transtorno mental, que passam apenas a ser controlados por medicamentos (OLIVEIRA, W., 2008). Concebem, portanto, o fenômeno “Saúde Mental” majoritariamente sob uma ótica negativa, acabando por associar noções de segregação e exclusão ao tratamento das pessoas com transtorno mental.

Nessa direção, o profissional 01, por exemplo, assim situa a pessoa com transtorno mental em relação aos demais membros de sua família: “a posição de uma pessoa que não é boa da cabeça dentro de sua casa, deve ser uma condição respeitosa com ela, porque ela é limitada”. Consonante esta visão, o profissional 07 considera não ser possível uma assistência às pessoas com transtorno mental nas unidades de saúde, justificando a sua opinião da seguinte forma: “Uma pessoa dessa, só, não tem condições de vir, e se ela vier ela não vai entender o que está sendo dito, né?! Não tem sentido isso”.

Por meio dos trechos supracitados, podemos observar tanto nas falas dos profissionais de nível superior quanto nas dos ACS’s noções do “louco” como “limitado”, “sem condições” e “incapaz”, indicando a prevalência de uma visão estigmatizada das pessoas com transtorno mental no serviço de atenção básica pesquisado. Ainda de acordo com este resultado, a análise do material discursivo apontou para o uso recorrente da expressão “pessoa normal” ao longo das falas dos entrevistados, manifestando contraponto ao que os profissionais de saúde observam comumente nos casos de transtorno mental. Conforme se sucedeu com a terminologia “leve”, “pessoa normal” desponta também como critério de diferenciação dos casos considerados de “Saúde Mental”, sendo assim compreendida por alguns profissionais:

Pessoa normal assim... Eu nem sabia que ela tomava [remédio], quem me disse foi a vizinha: “Mais ela toma para dormir”. [...] Que eu chamo de normal, assim, né... mora sozinha, é uma moça jovem... não apresentou nenhuma coisa grave não, entendeu?

(Profissional 04)

Eu tenho uma que ela era normal e passou a ter transtorno mental. Ela fez uma viagem e, quando ela voltou, ela não voltou mais normal. Ela é acompanhada pelo CAPS. Você percebe o jeito dela e ela era normal...

(Profissional 06)

Torna-se notório, nas falas acima, a questão do normal e do patológico como intrínseca ao tema “Saúde Mental”. Não obstante tal constatação, percebemos ainda que “Teses sobre ‘normalidade’ ou ‘anormalidade’ da vida mental são indissociáveis das visões de mundo às quais se articulam e que lhes dão plausibilidade (COSTA, 2007, p. 07), daí a compreensão partilhada neste trabalho de que “o anormal só pode ser apreciado numa relação” (CANGUILHEM, 1966, p. 150).

Atribui-se a este último autor, na obra *O normal e o patológico*, datada de 1943, o questionamento acerca do predomínio da visão científica em torno do objeto “saúde” (OLIVEIRA, W., 2008), e a defesa do reconhecimento de um componente subjetivo e pessoal envolto nos seus processos. Canguilhem (1966, p. 144) chama a atenção para o fato de não haver distúrbios patológicos em si, de tal forma que “atribui-se, em suma, ao próprio ser vivo, considerado em sua polaridade dinâmica, a responsabilidade de distinguir o ponto em que começa a doença”. Esta visão inaugura a importância de se tomar o indivíduo como ponto de referência dos processos de cuidado e não a doença em seus aspectos descritivos e sintomatológicos.

Para que entendamos a questão da “Saúde Mental” nos dias atuais, faz-se necessário que retomemos o processo histórico ao longo do qual esta evoluiu que, longe de seguir uma linearidade de acontecimentos, encontra-se marcado por movimentos alternados de rupturas e continuidades. Pessotti (1994, p. 08) alerta que “ao longo das épocas, os sucessivos conceitos de loucura apresentaram conteúdos relativamente permanentes, ao lado de conotações típicas de um dado período ou, até, de um determinado autor, ou de alguma “escola” de pensamento ou de pesquisa”.

Conforme assinala este último autor, a “loucura” nem sempre foi considerada resultado de possessões e castigos divinos, bem como lesões e desarranjos funcionais, característicos de doenças físicas. O conceito de “loucura” na Antiguidade, por exemplo, esteve atrelado a uma concepção não estruturada, assim como eram as discussões sobre a “natureza humana”, atribuindo-se às suas causas a interferência transitória e caprichosa dos deuses sobre o pensamento e a ação dos homens. Tendo em vista que “toda loucura é obra de Zeus, de outros deuses ou de entidades subalternas, de diferentes níveis hierárquicos, no plano da divindade, [...] ela não acarreta qualquer estigma. Não há necessidade de cura, já que não existe doença alguma” (PESSOTTI, p. 19-20).

Foi a partir do século IV a.C., com o advento do período helenístico, que o comportamento errado do homem passa a fazer parte da cadeia causal que resulta na loucura, tornando-a trágica, resultante de desequilíbrios, destemperos e exacerbações (PESSOTTI,

1994). Todavia, é durante o período medieval que ocorre a associação ou identificação da loucura à possessão diabólica, a qual possui suas raízes na própria formação doutrinária do cristianismo, que entendia que “Deus pode tirar a razão dos mortais quando lhe apraz, improvisadamente, como mero castigo ou sob a forma de doença” (PESSOTTI, 1994, p. 95). O autor denomina o conjunto de concepções sob esta roupagem de “demonista medieval”, assinalando que novamente aqui a loucura é fruto de entidades extra naturais, como na Antiguidade, passando também a ser *negativa, patológica, estigma de imperfeição e de culpa*.

Analisando os depoimentos da equipe pesquisada podemos observar que muitas das representações supramencionadas permanecem ainda no imaginário social dos profissionais entrevistados, sendo a principal responsável por atribuir ao “louco”, noções de bizarrice, agressividade e periculosidade, o que gera comportamento de medo e uma necessidade de separar a pessoa com transtorno mental do meio social, excluindo-o (MACIEL et al., 2011).

No que se refere a estes últimos aspectos, observamos com maior frequência, nos discursos dos ACS's, expressões relativas ao comportamento de medo e dificuldades no manejo de situações que envolvem casos de saúde mental no contexto pesquisado, conforme relatos seguintes:

Porque eu vou ser sincera... eu tenho medo! O que falar? O que fazer? Como reagir?  
(Profissional 05)

No começo, eu fiquei até um pouco assustada, porque eu fiquei com medo de assim, [risos] de alguma violência, né... porque ele já foi violento até com a própria família.  
(Profissional 10)

Tal achado encontra-se consonante com estudos realizados em outros municípios brasileiros (LUCCHESI et al., 2009; JUCÁ; NUNES, BARRETO, 2009; PEREIRA; BARBIERI; PRACIANO DE PAULA; FRANCO, 2007), compondo um aspecto central da discussão referente ao cuidado em saúde mental na atenção básica.

A conjuntura torna-se mais preocupante na medida em que constatamos que a concepção negativa da pessoa com transtorno mental, aliada ao comportamento de medo, repercute diretamente nas ações de saúde destinadas às pessoas com algum tipo de transtorno, ratificadas nesta pesquisa mediante defesa de práticas excludentes de assistência à pessoa com transtorno mental.

O que eu acho que deveria... mais aí já é outra esfera, né?! Eu acho que o governo deveria abrir um hospital mental, que não tem, né, para pegar pessoas carentes, que tem muita gente carente que tem transtorno mental. Não tem, não tem esse equipamento na saúde pública, pelo menos para o meu conhecimento. Acho que a coisa certa que deveria ser feita era isso. O governo, a prefeitura ou o governo do

Estado, o governo federal abrir uma casa só para quem tem problema mental, né?! E realmente com muitas vagas, né?!  
(Profissional 07)

No caso dele, se ele fosse uma pessoa agressiva dentro de casa, seria necessário sim [a internação]. E lá ele ia tomar medicação, ia ter um acompanhamento médico... coisa que ele não tem. [...] E eu acho que seria importante sim, essa internação.  
(Profissional 10)

As falas reforçam um sistema de tratamento fundado em práticas centradas sobretudo na internação e na “medicalização” próprias do modelo asilar (AMARANTE, 1996; 2007), indicando desconhecimento dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e Política Nacional de Saúde Mental vigentes por parte da equipe SF pesquisada, principalmente entre os participantes pertencentes à categoria de agentes comunitários de saúde.

Em comum acordo com os ideários norteadores dos movimentos supracitados, encontra-se em voga atualmente o modelo de atenção denominado “Psicossocial” o qual, segundo Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003, p. 19) serve para designar o conjunto de práticas reformadoras referentes às “transformações nas concepções de ‘objeto’, nos modos de conceber e estruturar a instituição como dispositivo, e, sobretudo, na forma de conceber e estruturar as relações terapêuticas, que têm, por sua vez, implicações éticas radicalmente distintas das práticas asilares”. Trata-se, portanto, de uma estratégia direcionada à desconstrução e à transformação do ideário do modelo manicomial, fundado no aprisionamento e na desumanização da assistência, o qual tem como pano de fundo a exclusão e negação dos direitos civis e humanos das pessoas com transtorno mental, vistas como “*desatinadas, improdutivas, perigosas e incuráveis*”, não sendo capazes, portanto, de contribuir produtivamente com a sociedade da qual fazem parte (OLIVERIA, W., 2008).

Considerando a diferenciação entre esses dois modelos (o asilar e o Psicossocial) e as concepções ainda vigentes no imaginário social dos profissionais entrevistados, conferimos relevância ao papel do NASF no desenvolvimento de ações de educação permanente junto às equipes SF vinculadas, mediante discussões de temáticas relativas à “Saúde Mental”, de modo a reconstruir nos planos objetivos e subjetivos a desinstitucionalização. Este aspecto já se encontra garantido no âmbito normativo, através do incentivo às “ações que visem à difusão de uma cultura solidária e inclusiva, diminuindo o preconceito e segregação com a loucura” (BRASIL, 2010a, p. 42), cabendo às equipes NASF se atentarem para a responsabilidade que as compete, aproximando assim a sua *práxis*, do conteúdo vigente em manuais e regulamentos, tornando-os vivos na materialidade da atenção.

Tendo em vista as modalidades de intervenção sobre a pessoa com transtorno mental na atenção básica ainda repercutir certo distanciamento no envolvimento entre os profissionais de saúde e o paciente, em um momento em que a humanização da assistência vem sendo a “peça” fundamental para a mudança do paradigma (ROSA; LABATE, 2003), a criação de espaços de formação, bem como de apoio e suporte para os profissionais de SF despontam como potentes ferramentas em favor de uma maior aproximação entre as equipes de saúde e os usuários e familiares convivendo com a problemática “Saúde Mental”.

A defesa da valorização de espaços coletivos/dialógicos no âmbito da saúde nos quais os diversos segmentos e dispositivos sociais são vistos como atores que podem contribuir para a formação de uma clínica mais comprometida e participativa, permitiria o encontro entre as diversas pessoas interessadas no assunto, escapando-se assim à via da culpabilização mútua pelos desacertos aqui apontados. De modo análogo, à medida que estes espaços proporcionarem a acolhida das angústias e dificuldades dos profissionais em relação ao seu cotidiano de trabalho, criando maiores possibilidades de ações no âmbito da saúde mental, atitudes tais como a de medo e afastamento serão reduzidas, melhorando assim a qualidade do cuidado prestado nos dispositivos de atenção básica à pessoa com transtorno mental.

Mesmo reconhecendo que os critérios de normalidade e anormalidade dependem, dentre outros fatores, de opções filosóficas, ideológicas e pragmáticas de cada um dos profissionais (DALGALARRONDO, 2008), muitas delas de enraizamentos profundos e desconhecidos, consideramos ser possível novas conformações no saber/fazer relativo ao campo da saúde mental.

Amarante (1995) considera que este tem passado por modificações importantes nos últimos anos, oriundas do processo de Reforma Psiquiátrica, atualmente em curso no Brasil e no mundo, dentre as quais cita as de caráter *epistemológico ou teórico-conceitual*, as de cunho *jurídico-político*, as *técnico-assistencial* e por fim, as de ordem *sociocultural* (AMARANTE, 2003), conforme discussão levantada nos capítulos iniciais da presente dissertação.

As mudanças nos arcabouços teóricos e jurídicos relacionados ao âmbito da saúde mental, expressas mediante leis e discussão teóricas, visam discutir e redefinir o modelo assistencial em saúde mental, que passa também a contar com novos atores responsáveis pela produção do cuidado (agora não mais centrada na figura do médico e sim na da equipe de saúde) e novos dispositivos (fundamentados na noção de rede de serviços, contrária ao modelo hospitalocêntrico). Concomitante a estas transformações, espera-se ainda que novas concepções acerca da “loucura” se instaurem nas diversas sociedades modificando o lugar

atribuído à mesma ao longo da História, o qual se mostra assinalado por fortes preconceitos e visões estigmatizantes (AMARANTE, 1996).

Apesar dos resultados aqui apresentados indicarem obstáculos na materialização dos ideários da Reforma Psiquiátrica no cotidiano dos serviços de atenção básica pesquisado, gostaríamos de finalizar esta seção com uma noção específica, brotada no final da entrevista do profissional 01, acerca da “Saúde Mental”, que aponta um devir nas práticas de cuidado da equipe, fundamentado na seguinte compreensão:

[...] hoje mais do que nunca, [...] a gente vai vendo que há uma complexidade muito grande na pessoa humana, né?! E que nem sempre aquilo que o exame mostra e que você tecnicamente diagnostica... Você sabe que não é só aquilo, que não bate. Você tem tudo na mão, mas não é só aquilo, tá entendendo? Quer dizer, há uma área de coisas, de imagens, de... digamos assim, de pensamentos, de raciocínios, que você sabe que existe. Por exemplo, a gente começou a entender que, pelo menos eu e pelo menos muitos, que uma pessoa não é só um corpo, né?! e que além do corpo mesmo, da mente, tem muito mais coisas envolvidas, né?! Que não é somente célula, né?! Tem uma coisa da espiritualidade, tem uma coisa do mistério que a gente não... que você sente, mas você não, simplesmente você não consegue botar na sua mão, aquilo escorrega. Você tem um nome, tem um corpo, tem uma cor, tem uma fala... você tem as queixas, você tem os exames, você é mais do que isso, entendeu?! E você tem que aprender a ver mais a pessoa e a ouvir mais a pessoa para você não deixar escapar uma coisinha só disso que aparece nesse contexto, de subjetividade, tá entendendo?! [...] as coisas palpáveis são as mínimas coisas que a gente tem. Na saúde também. No ser humano também.  
(Profissional 01)

Ainda que a análise da totalidade do material discursivo desse profissional assinale algumas limitações no trato com a pessoa com transtorno mental, conforme se evidencia no resgate dos trechos transcritos da entrevista com este depoente, ao longo do trabalho, o referencial crítico interpretativo do estudo permite-nos contemplar particularidades dos discursos, entendidas não como contradições, mas como elementos constituintes do fenômeno. Nessa direção, a fala supramencionada refletiu uma possibilidade de novos arranjos de produção de cuidado em saúde mental no cenário pesquisado, a qual nos inspira a acreditar ser possível transformar as práticas, a respeito da psiquiatria e da “loucura”, em uma perspectiva que vá além da noção de doença, sintomas e assistência, tentando alcançar não só usuários e profissionais, mas a sociedade em geral (AMARANTE, 1995).

Tendo em vista as entrevistas apresentarem um mosaico de compreensões, indo desde perspectivas que vinculam a saúde mental a uma prática arriscada e, portanto, temida pelos profissionais, até abordagens mais amplas, a exemplo desta última, que a entende como um aspecto da condição humana, ressaltamos a importância de concebê-la a partir de “bases conceituais mais diversificadas e, particularmente, uma visão mais fenomênica, mais social e interativa do universo psíquico” (OLIVEIRA, W., 2008, p. 39).

Ainda de acordo com a perspectiva em “Saúde Mental” pretendida neste trabalho, Souza et al. (2007) defendem que o seu modelo de atenção na atualidade precisa dar conta da complexidade que envolve o sujeito que sofre, fundamentando-se, portanto, nos sentidos atribuídos pelos mesmos às suas experiências, na relação com o contexto cultural mais amplo ao qual pertencem. Ou seja, “nos convida a ver o sujeito como uma entidade sempre aberta a novas descrições” (COSTA, 2007, p. 09), inserido em um contexto mais abrangente, o qual deve priorizar o ser humano enquanto cidadão, mediante ações integrais de atenção, fortalecimento dos vínculos sociais e coresponsabilidade da atenção, aspectos estes norteadores dos serviços de atenção básica.

É notório que a experiência de aproximação com a temática “Saúde Mental” exige uma postura de constantes reflexões e reconfigurações com vistas à desconstrução de princípios e crenças fortemente instituídos ao longo da História, tratando-se, portanto, de uma tarefa relacionada ao pensar. Esta última é entendida por Machado e Lavrador (2009, p. 520) como possibilidade de “inventar novos modos de nos relacionarmos, novas práticas cotidianas mais solidárias e menos ressentidas”, estando tal ação estritamente relacionada ao papel do NASF como novo agente da ESF, o qual se vincula à aceção de articulador/intercessor dos processos norteadores das práticas de saúde, com vistas a ampliar a abrangência e o escopo das ações sob responsabilidade da atenção básica.

## **4.2 TEMA B: O cuidado em “Saúde Mental” no contexto da atenção básica: a *práxis* no cotidiano do serviço pesquisado**

### **B.1 Experiências de Saúde Mental em curso na Equipe SF**

O processo de transformação da assistência psiquiátrica, em curso no Brasil e no mundo, apresenta a questão da cidadania e da inclusão social como um dos seus lemas centrais (LIMA; JUCÁ; SANTOS, 2011; TUNDIS; COSTA, 2001). Visando à operacionalização destes ideais, o movimento da RPB prevê a criação e a articulação dos mais diversos dispositivos sociais presentes nos territórios existenciais das comunidades, de modo a promover alternativas à internação e ao confinamento das pessoas com transtorno mental (LANCETTI; AMARANTE, 2007).

Em tal cenário, a ESF surge como uma importante possibilidade de assistência de ordem comunitária, capaz de dar nova significação individual e social tanto às pessoas acometidas pelo transtorno mental como também às suas famílias e demais membros da



comunidade (LANCETTI, 2001). Insere-se, portanto, em uma conjuntura de atenção fundamentada na experimentação e invenção de práticas de cuidado que “envolvam a disponibilidade de afetar e ser afetado” (BOSI et al, 2011, p. 1241), tendo em vista a produção do cuidado expressar contornos ético políticos de um modelo cuja formatação procede dessa ética.

Baseando-se na dimensão ético política do cuidar (BOSI et al, 2011), Lancetti (2001) a partir da análise de algumas experiências desenvolvidas em São Paulo, aponta que o *modus operandis* do PSF traz novidades importantíssimas para o campo da saúde mental, destacando-se dentre elas:

- a) O usuário é procurado onde está, o que possibilita o cadastramento da totalidade de pessoas residentes em uma determinada área;
- b) Maior proximidade entre equipe e usuários, facilitando assim, o estabelecimento de relações mais pessoais e menos verticalizadas;
- c) Maior possibilidade de continuidade do cuidado, tendo em vista a prerrogativa do acompanhamento longitudinal de indivíduos e famílias;
- d) Desenvolvimento de atividades coletivas nas unidades – fator considerado relevante para a promoção da saúde; e
- e) Centralização dos processos de trabalho na equipe e não na figura do médico.

Buscando compreender o modo como vem se dando as ações de “Saúde mental” na ESF de Fortaleza-CE, interrogamos os profissionais de uma equipe de SF que assim definem as experiências em andamento no serviço do qual fazem parte:

As pessoas tinham seus pacientes e precisavam da receita, e eu dizia assim: “Bom, se tiver uma receita eu atendo a receita, mas não... Só isso!” [...] Era paciente com sintoma novo nessa área aí, eu nunca me arrisquei a fazer um diagnóstico para começar uma medicação, entendeu?! [...] É muito complicado! Quer dizer, pode não ser com todo mundo, mas para mim era, entendeu?! [...] eu começava assim, os casos que tinha ééé... já diagnóstico e estavam sendo tratados, eu fazia a medicação deles e os casos que não estavam dando resposta encaminhava para o CAPS.  
(Profissional 01)

Eu acho que a gente não tem uma assistência boa para o pessoal da saúde mental, nem eu, nem a Dra. X, nem a minha equipe. E eu acho também que muitas vezes a própria família esconde essas pessoas e a gente nem sabe que tem. [...] Às vezes os agentes de saúde me trazem uma ou duas pessoas... O que é que a gente faz? Encaminha para Dra. Y, que não é da equipe, porém, ela tem uma aproximação maior com a temática... porque ela fez o treinamento e tudo com matriciamento que vem do CAPS, então ela avalia e encaminha ou para o CAPS ou para o matriciamento. Pronto, é assim que funciona.  
(Profissional 03)

As situações relatadas apontam certo distanciamento da equipe SF pesquisada em relação à temática, expresso nas falas dos dois profissionais de nível superior apresentadas, mediante reconhecimento do predomínio de práticas de saúde limitadas à renovação de receituário antigo e ao encaminhamento de pacientes para profissionais que possuem maior familiaridade com a problemática e/ou para serviços especializados. Tais aspectos serão aprofundados na seção seguinte desta dissertação, cabendo, neste momento destacar que a análise da totalidade do material discursivo da equipe indica a preponderância de ações em saúde mental, realizadas pelos profissionais de nível superior, no lócus da unidade básica de saúde, apresentando uma tendência à produção do cuidado em saúde mental através de ações intramuros, confluindo com os resultados também encontrados por Silveira e Vieira (2009) em uma unidade de saúde do Rio de Janeiro - RJ.

Contrariamente, entre os ACS's, as experiências em Saúde Mental mais recorrentes referem-se ao contato com pessoas com transtorno mental decorrentes das visitas domiciliares e/ou das relações sócio humanas<sup>37</sup> produzidas no dia a dia da comunidade. Estas últimas circunstanciadas pelo fato de o ACS estar inserido no mesmo território existencial das famílias adscritas em sua equipe de atuação, o que o torna, ao mesmo tempo, um elemento integrante da comunidade e representante do serviço de saúde (FONTES, 2004). Nessa direção, observamos, nos relatos obtidos, que os agente comunitários de saúde se destacam no contato com a pessoa com transtorno mental, revelando-se, portanto, um componente da equipe SF estratégico na produção do cuidado em saúde mental na atenção básica. Acerca dessa consideração, destacamos vivências dos ACS's, relativas à problemática, tais como:

Ele é um senhor já dos seus quarenta e cinco, cinquenta anos, a família abandonou e ele vive perambulando pela rua, mora na minha área, entendeu?! É uma pessoa difícil de lidar, até mesmo porque ele, às vezes, se torna agressivo, com palavras, né, não com gestos. Aí quando eu encontro ele na área, eu falo: "Seu F., vá tomar um banho, vá para casa!". Aí ele fala coisa com coisa, enfim, infelizmente a gente não tem como colocar ele num local que ele seja assistido, né, pelo psicólogo, psiquiatra... psiquiatra, no caso, né. [...] ele não toma medicamento nenhum. Não toma.

(Profissional 07)

Passaram para mim um senhor, idoso já, com 66 anos, que morava só com mais de 50 cachorros dentro de uma casa, sozinho, e que ele era acamado... e ele tem transtorno mental. E o pior que tem muito caso de calazar por conta da quantidade de cachorros. Já passei para o pessoal da... que trabalha com a dengue, né, os sanitaristas, eles disseram que não é com ele que tem que ligar lá para o canil. Aí fica lá, abandonado.

(Profissional 09)

---

<sup>37</sup> Conforme noção de *rede sócio-humana* de Martins e Fontes (2004), na qual predominam as relações familiares, de vizinhanças, amigos e/ou camaradagens dos indivíduos.

Franco e Lancetti (2001, p. 107) consideram os ACS's importantes parceiros na produção do cuidado em saúde na medida em que “muitas vezes, quando parece não haver mais possibilidades, os agentes comunitários de saúde chegam com uma ideia ou apresentam alguma alternativa inesperada”. Ressaltam ainda que os ACS's “são os grandes descobridores dos recursos escondidos da comunidade”, contribuindo assim, de modo decisivo, para a resolução das ações de saúde sob responsabilidade da ESF. A respeito de tal potencialidade o profissional 06 comenta:

Eu acho que na realidade a verdade é assim: um Centro de Saúde sem um ACS eu acho que ele não iria funcionar muito bem, porque eles não têm como vê o que está acontecendo lá e a gente vê. A gente está lá, sabe a criança que está sendo vacinada, sabe a gestante que não está fazendo o pré-natal, aquele hipertenso que não quer fazer o tratamento, que abandona o tratamento. Então assim, a gente tem esse conhecimento, né?! E hoje eu vejo como é importante o papel do ACS, na sociedade, é muito importante, né?! E assim... eu levo muito a sério isso.

(Profissional 06)

No que se refere especificamente ao âmbito do cuidado em saúde mental, identificamos a importância do ACS, enquanto “descobridor dos recursos escondidos da comunidade” (FRANCO; LANCETTI, 2001), em situações tais como as seguintes:

Quando eu chegava na casa eu tava me preocupando com o J., mas a mãe, a mãe que tem que lidar com ele, com as medicações dele... E eu fui notando que ao conversar com ela, ela estava nervosa, a mão trêmula... Ela fala e ali vai gaguejando aos poucos, de repente ela tem alguns esquecimentos. E por que não dá atenção à mãe também?

(Profissional 05)

No início [...] eu não podia assim acompanhar porque ela não queria me receber, ela não queria médico. Então, se eu levasse alguém daqui para ir lá, ela nunca mais ia me receber. [...] Ela era super revoltada com médico. Quando ela me viu com essa blusinha branca ela já cismou, aí eu falei para ela: “F, me escuta só um pouquinho, deixa eu conversar um pouco contigo”. Aí eu fui explicando meu trabalho, né, que eu precisava saber quem era hipertenso, quem era... Então quando eu falei tudo, têm as siglzinhas na nossa ficha A, aí tem transtorno mental, né, e ela disse que não tinha isso, só que na hora que eu conversei com ela eu percebi. Às vezes quando eu passava ela falava: “M cuidado que lá no Extra estão soltando gás e o pessoal está ficando com os olhos tudo vermelho, uns gases, veneno”. Então eu percebia que ela falava coisa com coisa. [...] Então assim, na área as pessoas: “Ah tu já visitou a F? Mulher ela é uma pessoa tão boa, essa menina era normal, de repente ela ficou assim”. (Profissional 06)

Ao mesmo tempo em que são importantes parceiros/articuladores da equipe de saúde e membros da comunidade, Martines (2005) chama a atenção para o fato do ACS estar exposto a problemas de várias ordens presentes em seu território vivencial e também de atuação, os quais podem conformar vulnerabilidades no trabalho, incluindo dentre elas a psíquica, em

decorrência da significação que o ACS confere aos fenômenos observados e vivenciados ao longo dos seus processos de trabalho.

Como nos alerta Nunes, Jucá e Valentim (2007) e as falas abaixo corroboram, o contato maior dos ACS's com os casos de transtorno mental da área não se encontra acompanhado de conhecimentos e habilidades suficientes acerca da Saúde Mental, ocasionando sentimentos de impotência e frustração nos trabalhadores.

Às vezes eu me sinto uma inútil. Eu não sei o que fazer. Um dia eu passei lá e estava o maior escândalo, o menino estava tendo uma crise e você fica assim... [...] Aí você fica meio assim sem saber o que fazer, sem saber como ajudar aquela família. Quando você vai aos cursos você faz até umas encenações que dá tudo certo, mas quando você vai para a prática você fica tão amarrada, sabe?!

(Profissional 04)

Algumas situações com as quais os ACS's se deparam no cotidiano fazem com os trabalhadores não se sintam capazes de oferecer soluções adequadas para a resolução dos problemas lhes apresentados, suscitando um sentimento de não estarem cumprindo o seu papel no âmbito do cuidado em saúde, ao que se soma a “angústia provocada ao defrontar-se com situações humanamente e afetivamente exigentes, como frequentemente os são problemas dessa natureza” (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007, p. 2381).

No dia que eu entrei para fazer a visita, que ela limita às visitas na casa dela... No dia que eu tinha que fazer a visita, o quartinho da D... ela tinha defecado tudo, estava um mal cheiro, era urina e o prato dela no chão. Aí quer dizer, as condições que a D estava vivendo... [Pausa em decorrência da expressão de emoção]

(Profissional 05)

Sentimentos de impotência e frustração entre os ACS's, decorrentes do contato com o paciente com transtorno mental, também puderam ser notados durante as observações livres no serviço de saúde pesquisado, a exemplo da situação descrita pela mestrandia nas anotações do diário de campo do dia 17 de novembro de 2011.

Fui abordada pela ACS já no final da manhã, quando saía da unidade, com a solicitação de atendimento para uma paciente de saúde mental de sua área de abrangência. Expliquei à mesma a minha função de pesquisadora no serviço de modo a tecermos uma breve conversa acerca da temática ali mesmo, na entrada do serviço de saúde. Logo de início a ACS verbaliza se sentir “despreparada” para o contato com pacientes que demandam cuidados no âmbito da saúde mental. Após uma breve pausa, seguida da expressão emotiva marcada por lágrimas nos olhos, a mesma desabafa: “é muito difícil, é muito difícil, principalmente porque eu vivo isso na prática com a minha mãe”. Segundo contou-me, a sua mãe tem problemas mentais já há algum tempo e era atendida pelo CAPS, sendo recentemente encaminhada para acompanhamento na unidade de saúde. Atualmente o conflito principal na família da ACS gira em torno da suspensão do uso da medicação, por conta própria da mãe, que já dá indícios de agitação, entendidos da seguinte forma: “ela anda nervosa e agitada nos últimos tempos, passa o dia caminhando na rua e

não faz nada em casa”. Mesmo compondo uma das equipes da unidade, a ACS diz que a situação ficou pior quando transferiram a mãe dela do CAPS para o serviço de atenção básica, já que “o problema é que no posto esses pacientes ficam sem acompanhamento e eu me sinto uma inútil... [pausa] sinto que eu não tenho o que fazer”. [...] A declaração: “eu me sinto inútil” esteve presente em vários momentos da nossa conversa, bem como a expressão de emoções por parte da ACS, que se mostrou inquieta e angustiada durante o relato da experiência pessoal e profissional vivida pela mesma.

(Diário de campo – 17. 11. 11)

Além de frustração e impotência, sentimentos de temor coadunam em comportamentos de medo entre os ACS's, tornando assim, as visitas nas residências onde existe paciente com transtorno mental uma atividade difícil e geradora de tensão e conflitos. Alguns entrevistados reconheceram que evitam realizar visitas domiciliares mais longas ou optam por visitar os familiares dos pacientes com transtorno mental em momentos em que estes não se encontram na residência, havendo situações em que as visitas são interrompidas por falta de suporte ao ACS, conforme se vislumbra no depoimento a seguir:

Esse [caso] ele mora com uma pessoa idosa, é complicado para visitar. [...] Quando eu chegava lá estavam sempre eles dois sozinhos. [...] E eu já estava ficando com medo porque eu percebia que ele queria que eu entrasse. Às vezes eu queria ficar só no portão, fazer a visitinha dela, e ele queria que eu entrasse. E quando eu não queria entrar: “Não, é só para fazer acompanhamento, é bem ligeirinho e tudo”, ele mandava: “Entre logo!”. Ele gritava comigo. Quando chegava lá ele agarrava na minha mão e tome beijar a minha mão, perguntando se eu era casada, se eu tinha filho. [...] Estão sendo difíceis as visitas com ele, eu fazer as visitas [...] porque assim, eu vou ser sincera, eu tenho medo! Nesse caso aí eu tenho medo, porque eu já vi o tipo de agressividade dele. Ele me dando ordem, eu passando na rua e ele gritando mandando eu vim logo. [...] É tanto que a própria enfermeira falou: “M não entre. Fique no portão”. “W, é difícil eu ficar lá no portão, ele grita, me manda entrar”. E a própria senhora lá ela é idosa, é difícil, fica assim no sol, é difícil eu pegar e ficar com a pessoa já idosa no portão, fazendo umas perguntas, não é uma visita rápida, não tem como ser uma visita rápida. Se eu fizer uma visita rápida vai ficar um acompanhamento mal feito, né?! Aí eu não sei o que fazer porque eu estou querendo visitar ela, mas estou com medo...

(Profissional 06)

Torna-se evidente, na fala do profissional, a tensão decorrente do contato com a pessoa com transtorno mental, o que denota a necessidade de articulação com os demais membros da ESF com vistas a garantir suporte para a condução do caso. Este último teria como objetivos tanto não ocasionar possíveis prejuízos na saúde física e mental do ACS como também prezar pela continuidade do cuidado do paciente com transtorno mental e da sua família, o qual se mostra também comprometido nestes depoimentos:

Lá na casa dele eu visito mais a mãe dele. [...] Ele sai de manhã, passa o dia na rua colhendo jornal, papel, aquele tipo de papel, aí ele só chega à noite. Aí eu já sei, né, que ele não está em casa. Mais eu sempre visito sim a mãe dele, a V, pergunto como ele está e ela diz que ele está do mesmo jeito, né, que ele se nega a fazer qualquer

tipo de tratamento. Ele teve até um problema muito sério de pele e se negou a ir fazer o tratamento também. Ele é muitooooo difícil.  
(Profissional 10)

É uma família cuja mãe deve ter, desculpa, entre oitenta e noventa anos, eu não lembro agora... e tem quatro filhos entre cinquenta e sessenta anos, todos alcoólatras e com transtorno. Então não é uma coisa para a gente está sempre em cima, até porque eu não posso fazer visita lá nem duas vezes por mês, eu vou ser muito sincera com você, porque eu corro o risco de sofrer agressão.  
(Profissional 11)

Diante dos relatos, ressaltamos o papel do NASF como importante articulador/mediador de ações relativas ao campo da saúde mental na medida em que uma das suas responsabilidades consiste justamente em proporcionar a avaliação de riscos e o manejo dos casos, através da elaboração de projetos terapêuticos e atendimentos compartilhados nas unidades, nos domicílios e em outros espaços da comunidade (BRASIL, 2010a). Para tanto, o processo de trabalho envolvendo equipes SF e NASF deve privilegiar estratégias construídas de forma interdisciplinar, a exemplo das citadas no marco conceitual deste trabalho, “caracterizando-se como um processo de educação permanente, onde vários profissionais têm a oportunidade de aprender na prática cotidiana do atendimento das demandas de saúde mental” (BRASIL, 2010a, p. 41).

Torna-se válido destacar que a maioria dos estudos acerca do cuidado em saúde mental no âmbito da atenção básica sugere a criação de espaços permanentes de formação dos seus profissionais para que os mesmo possam operacionalizar o preconizado em documentos e regulamentos. Aliada a esta questão, a necessidade de profissionais de outras categorias distintas das existentes no SF, via atuação direta mediante atendimentos individuais ou apenas fornecendo apoio para discussão de casos, são também reflexões bastantes presentes nos estudos acessados (TANAKA; LAURISSEN-RIBEIRO, 2006; SILVEIRA; VIEIRA, 2009; VECCHIA; MARTINS, 2009), o que legitima a proposta NASF como uma via possível de fortalecimento das ações de saúde mental na atenção básica.

O NASF poderá ainda funcionar como espaço de escuta das angústias e dificuldades da equipe SF relativas ao cotidiano de trabalho com pessoas com transtorno mental e com seus familiares, visto serem frequentes, ao longo das entrevistas, verbalizações dos ACS's que atribuem à organização do processo de trabalho na ESF um caráter complexo e mobilizador de diversas questões, nos âmbitos profissional e pessoal, algumas destas potencializadoras de sensações/sentimentos positivos, outras não, conforme observamos nos depoimentos a seguir:

Na época eu só fiz o concurso pela estabilidade, eu não sabia o que estava me esperando. Só fiz pela estabilidade. [...] Mas quando eu comecei a conhecer cada família, aí eu fui realmente vendo a dificuldade [...] Me surpreendi! Tive vontade de

não ser mais agente de saúde, por querer ajudar e não ter possibilidade em determinados momentos, com medicação, com luva, com máscara. Eu acompanhei tuberculoso, vi a dificuldade... crianças convivendo com ele e eu tinha vontade de fazer mais do que eu podia. Então... eu tive vontade de desistir. Mas ao mesmo tempo eu disse: “Não, vou me apegar às coisas boas disso aí”, que é poder ajudar, ver ele se recuperar, ver o sorriso daquela pessoa que estava debilitada quando eu comecei a acompanhar. Acompanhar a gestação, que é a minha paixão, a vacinação das crianças que eu amo e que muitos agora já estão com quatro, cinco anos, passam por mim: “Tia”... “Oi tia Z!”. É gratificante demais! Mas no começo foi difícil, muito difícil, muito difícil mesmo.

(Profissional 5)

É um trabalho muito bom, porque por onde eu passo o pessoal me conhece. Às vezes até meu filho fala assim: “... todo mundo fala com a mãe! A mãe parece que é uma política”. [...] Então assim, é muito bom. Tem alguns casos assim que deixa a gente triste, quando a pessoa está doente, né... a gente vai, acompanha e tudo, a gente fica assim um pouco triste, né?! porque a gente acaba tendo aquele vínculo com as famílias, né, acaba sendo até família da gente também, né?! Já tem aqueles que não recebem muito bem, que não gostam muito da visita, que às vezes fala: “Bem ligeiro, bem ligeiro”. Já têm aqueles que não abrem a porta, que a gente sabe que está lá dentro, mas não abre a porta, porque já conhece, já sabe quem eu sou. “Lá vem...”, tá entendendo?! [...] Mas a maioria me recebe muito bem. Tratam-me muito bem [...] Então isso aí [o trabalho de ACS] foi uma experiência muito rica para mim, até mesmo porque eu aprendi muita coisa, muita coisa. Eu não tinha muito conhecimento sobre a doença de hipertensão, diabetes... Assim, eu não tinha muita experiência assim de como orientar uma gestante. Então assim, até... fora da área mesmo, no nosso dia a dia com as pessoas que a gente conhece a gente pode ajudar, tá entendendo?! [...] É uma experiência muito rica.

(Profissional 06)

As falas acima, ao que se soma o depoimento a seguir, corroboram o estudo de Uchimura (2010), também realizado no município de Fortaleza-CE, onde se distingue que os ACS's valorizam, em grande parte, no exercício da sua prática profissional, a dimensão atitudinal – o ser e conviver – em detrimento aos aspectos relativos à cognição e habilidades específicas do saber/fazer de cada âmbito profissional.

Quando você pode ajudar a resolver um problema, levar, marcar uma psicóloga para uma criança que está com problema [...] e vê ele sendo resolvido, aí você começa a se sentir bem e vê que o seu trabalho tem graça, não é só um trabalho, entendeu?! Que tem certo sentido. Às vezes você se sente inútil [...] você vê que o sistema não anda muito. Às vezes vocês sente que a população, por saber que o sistema não anda muito, não lhe respeita [...] o nosso trabalho tem esses altos e esses baixos.

(Profissional 04)

Conforme aludem os fragmentos destacados, os ACS's conferem, a partir de um enfoque atitudinal, “a necessidade de um novo olhar sobre a saúde e de um novo modo do fazer em saúde” (UCHIMURA, p. 82), estando, pois, de acordo com os preceitos da clínica ampliada e princípios tais como os de vínculo e coresponsabilidade pelo cuidado, os quais coadunam com os princípios filosóficos do SUS. Ainda acerca de tais dimensões a autora destaca:

É possível identificar a existência de diferentes graus de familiaridade, entre os trabalhadores de saúde, acerca das competências e habilidades profissionais. Nessa perspectiva, os domínios cognitivo (do saber), procedimental (do saber fazer) e do atitudinal (querer fazer) se destacam com maior ou menor expressividade em cada uma das categorias profissionais [...] denotando o lugar ocupado por cada uma delas e as relações verticalmente estabelecidas em função do controle sobre o saber e o fazer profissionais (UCHIMURA, 2010, p. 89).

A valorização do domínio atitudinal no exercício profissional dos ACS's entrevistados encontra-se posta na descrição da circunstância narrada abaixo, que longe de privilegiar conteúdos e conhecimentos teóricos, parte da experiência viva do profissional, conferindo sentido à sua futura prática. Dando continuidade a um dos fragmentos citados acima, no qual o profissional 05 reconhece ter sentido vontade de desistir da profissão de ACS, o mesmo prossegue:

Uma das coisas que me ajudou a não desistir foi... [...] Um dos primeiros [pacientes], ele tinha um câncer, o seu A, oitenta e sete anos, um câncer no peito, cabia assim uma mão, um buraco enorme e também nos calcanhares. E em uma das visitas, fui eu e a minha enfermeira, a W. Quando nós chegamos lá ela... a filha dele já cansada porque ele muito pesado, já não andava. Aí ela pegou e disse: “Eu estou tão cansada, eu estou dando banho nele...”. E a gente viu o semblante dela de cansada. Aí a W disse: “Z eu vou dar um banho no seu A”. Aí eu disse: “É mesmo W?”. Ela: “Vou. Coloque luvas também, me ajude.” Eu digo: “Tá certo”. Olha, me embrulhava o estômago na hora em que foi tirado o curativo, que eu vi. Mas ali ela olhava para ele e dizia: “Olha meu bem eu vou judiar só um pouquinho, mas é porque tem que ser limpo, viu? Essas escaras tem que ficar bem limpa. Hoje quem vai lhe dar banho sou eu”. Poxa ela não tinha porque fazer isso, porque eu sei que tem muitas [enfermeiras] que não fazem tá, entendendo?! Mas ela vestiu a camisa mesmo e eu digo: “Poxa, tudo bem, ela é enfermeira, eu sou agente de saúde, ela está fazendo, porque é que eu não posso fazer, dar o meu melhor também?”. [Emoção] E ele ficou limpo e ela disse: “Olha trocar o curativo só daqui há dois dias”. E aquilo me deu assim uma injeção de ânimo e eu fui em frente. (Profissional 05)

Observamos na fala do ACS indícios de uma integração do agir e do pensar na produção do cuidado em saúde, fundada no que Pinheiro (2009, p. 15) cunha de “cuidado como valor”. Este se conforma a partir da tese de que “o cuidado configura o *ethos*<sup>38</sup> humano, do agir em saúde, o cerne das práticas eficazes da integralidade de suas ações”.

Conforme nos assinala Gomes et al (2007) apesar das ações dos trabalhadores das equipes de saúde se fundamentarem pelos diferentes saberes, métodos e técnicas, há também uma imensidão de valores produzidos dentro e fora dos ambientes de trabalho, decisivos na composição do saber/fazer das diferentes profissões e especialidades. Nessa direção, conforme distingue o autor, as práticas de saúde estão vinculadas a valores difusos em nosso

<sup>38</sup> Apreendido pela autora como possuidor de dois aspectos inseparáveis: a dimensão da vida individual regida por costumes e hábitos privados e a dimensão da vida coletiva (a política) constituída pelos costumes e hábitos que regem a vida da comunidade (PINHEIRO, 2009).



meio social, de modo que “cada um estima, a partir de sua própria experiência, tudo o que compõe esse mundo por nós habitado. O valor aponta para uma tendência da ação, não a determina; ganha existência na ação, não possui uma existência em si. Valores são a um só tempo aprendidos e produzidos - logo, históricos” (GOMES et al, 2007, p. 21-22). Assim, parte-se do pressuposto de que valores podem ser compartilhados pelos trabalhadores, de modo não a determinar, mas impulsionar a concretude da integralidade como princípio ético, estando, pois, relacionados ao domínio atitudinal (querer fazer) das ações de cuidado no âmbito da saúde, conforme articulações acima, tecidas por Uchimura (2010).

Não obstante o interesse em solucionar os problemas de saúde da população, foram ainda identificados, ao longo dos depoimentos dos ACS's, obstáculos estruturais relacionados à organização e funcionamento da própria ESF que dificultam a concretização de ações de saúde no cotidiano do serviço pesquisado, segundo o prescrito em normas técnicas e documentos oficiais. Com relação à precariedade estrutural para a realização das ações, os ACS's comentam:

Assim, na realidade no papel tudo é muito lindo, né?! Quando a gente vem para realidade não é como tem nas atribuições [...] Falta muita coisa, deixa muita coisa a desejar. [...] Eu sinto que eu estou ajudando as famílias da minha área, mas eu poderia ajudar mais, só que como eu te falei, né, muita coisa não depende da gente, depende do sistema mesmo. Falta muita coisa, faltam recursos, né?! Não recursos financeiros, recursos mesmo estruturais. Por exemplo, essa questão da visita domiciliar do médico, no caso aqui no posto não está completo, né, falta médico. Ééé... a Regional, quando manda o carro, geralmente não dá tempo fazer as visitas que é para fazer, né?! [...] Não tem, não tem estrutura, não tem estrutura. A realidade é essa.

(Profissional 07)

É um programa muito bom esse, né, da prefeitura, o Programa Saúde da Família, mais assim, precisa melhorar muito, né?! [...] realmente ainda é muito imaturo, mais a gente precisa melhorar nas visitas, no atendimento, [...] na questão de exames que demora demais, [...] pessoas idosas que não tem condições de vir ao posto de saúde e nem sempre tem o carro para fazer as visitas, né?! [...] quando falta o médico tem carro, quando tem carro não tem o médico. Aí então é uma coisa que não está muito bem organizada.

(Profissional 09)

A precariedade de aspectos relativos à infraestrutura dos serviços de atenção básica também emergiram nas falas dos profissionais de nível superior, conforme se evidencia no fragmento de entrevista seguinte:

[...] falta organização, falta estrutura. [...] quando se fala de PSF dentro de uma capital, talvez a terceira capital do país, você querer atender numa sala com duas enfermeiras é complicado. [...] Ela vem para falar o problema para mim, conseqüentemente a colega enfermeira do lado escuta e a paciente da colega enfermeira também escuta. Essa falta de privacidade eu acho um desrespeito, isso aí é muito complicado. Falta de material, falta de luva, como falta sempre, falta de

medicamento. Aí causa o quê? Descrédito. [...] Estrutura é necessária! [...] Nós estamos em uma capital, com pessoas civilizadas, são pessoas querendo dignidade, por mais que sejam pobres ou não querem dignidade, né?! É complicado, muito complicado mesmo.  
(Profissional 03)

Depoimentos como esses têm sido frequentes em estudos realizados no contexto da atenção básica brasileira, nos quais os trabalhadores da saúde mostram-se insatisfeitos com o ambiente de trabalho no qual estão inseridos (TORRES; ENDERS, 1999; ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004; ALVES, 2005; RONZANI; SILVA, 2008; TOMASI et al., 2008). Diante disto, a precariedade da infraestrutura nos serviços de saúde desponta como um dos principais obstáculos à materialização de ações integrais, bem como, aquelas relativas ao âmbito da promoção da saúde, conforme evidencia alguns autores (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004; ALVES, 2005).

Ante os achados, cabe considerar que o contexto do serviço pesquisado apresenta uma realidade distinta do previsto em documentos e materiais técnicos, constitutivos do âmbito normativo das políticas de saúde brasileira. Assim, a análise do material discursivo, juntamente com a observação livre do serviço, revela o comprometimento de vários aspectos, tais como os apontados anteriormente por Lancetti (2001) como potencializadores do cuidado em saúde mental na atenção básica, cabendo destacar aqui aqueles relativos à proximidade entre equipe e usuários e continuidade do cuidado, os quais se encontram atravessados por concepções e visões negativas acerca do fenômeno “loucura”, comportamentos de medo, sentimentos de frustração e impotência dos profissionais frente ao cuidado em saúde mental e obstáculos de ordem estrutural.

## **B.2 Corre(dor) da pessoa com transtorno mental: encontros e desencontros dos usuários de “Saúde Mental” na atenção básica**

A pesquisa detectou ainda, através da observação da dinâmica da unidade investigada, a “invisibilidade” dos pacientes com transtorno mental no serviço de saúde, conforme se evidencia nos trechos de diário de campo a seguir:

Tendo em vista ter observado as idas e vindas constantes de determinada paciente na unidade durante toda a manhã, aproximo-me, já perto das 11:00, de uma funcionária do administrativo e pergunto o que estava acontecendo. Esta responde que a paciente exige a retirada de uma medicação psiquiátrica que não tem disponível, no momento, no posto. Ouvindo a nossa conversa, outra funcionária diz: ‘Ela é uma paciente do CAPS, mulher... descompensada. Vem aqui quase todo dia só fazer bagunça. Bem encrenqueira e exigente. Liga naum.’. Após falar isso, a funcionária se aproxima da paciente com o intuito de resolver a questão e diz pausadamente: ‘Aqui não tem esse remédio. Não é culpa minha, não é culpa do posto, não é culpa

do médico, tá entendendo?! [expressão de ênfase]. Se você está com a receita, compre o remédio'. A paciente responde: 'Mais eu não tenho dinheiro'. A funcionária, já impaciente, retruca: 'Então vá para outro posto e pegue outra receita'. E dá as costas à paciente. Esta ouve a sugestão calada, senta no banco do corredor, olhos cheios de lágrimas, permanecendo ali por alguns instantes, depois levanta e vai embora.

(Diário de Campo – dia 08.11.11)

Chego à unidade por volta das 8:15 da manhã, onde o movimento já é intenso. Sentada em um dos bancos se encontra a paciente da última terça-feira que não conseguiu obter a medicação psiquiátrica. Vendo que ela conversava com um ACS do serviço, procuro-o, em outro momento, a fim de conhecer a história da paciente. O ACS conta que a mesma foi encaminhada pelo CAPS no início do ano para acompanhamento no posto, só que como as equipes de saúde não estão organizadas [no momento não havia vinculação usuário-Médico SF], a paciente “fica passando de médico em médico, que só renova a receita”. Sobre o fato o profissional reflete “o CAPS não tem consciência do que é uma unidade de saúde... Ela está sem assistência... eu considero que ela está sem assistência”. De tanto ir ao posto para renovar receituário, a paciente acabou se familiarizando com alguns funcionários da equipe passando a frequentar o serviço quase todos os dias, inclusive, “traz pendências de familiares e vizinhos”, segundo ACS. Enquanto discorria esta breve conversa com o profissional da equipe, observei que a paciente tentava conversar sobre a sua situação com a usuária que se encontrava ao lado, mostrando-se muito ansiosa e agitada. Estranhando a situação, a usuária abordada vira-se demonstrando não ter interesse na conversa. Todavia, a paciente continua falando sem parar e toca, de vez em quando, nas costas da outra, tentando chamar-lhe a atenção. Em um determinado momento esta se irrita e troca de lugar. A paciente permanece no mesmo local voltando-se apenas para a pessoa que se encontrava do lado oposto, que também fingiu não lhe escutar.

(Diário de campo – dia 11.11.11)

Situações, como as descritas acima, confirmam a “invisibilidade” das pessoas com transtorno mental na dinâmica do serviço pesquisado, demonstrando que estas, muitas vezes, não são “vistas”, nem “ouvidas” em suas necessidades básicas, favorecendo, conforme nos assinala Pitta (2011) a persistência do estigma contra o “louco” nos mais diversos setores hegemônicos da sociedade. Tal estigma apresenta-se, algumas vezes, de modo explícito (ao virar as costas para a paciente, por exemplo), mas também mediante atitudes sutis (passar várias vezes pela paciente e fingir não vê-la), o que nas palavras de Pitta (2011, p. 4581) gera “uma crônica postergação de suas demandas”.

Ainda sobre a questão, a “invisibilidade” da pessoa com transtorno mental se desvelou também na consideração da existência de “poucos casos de saúde mental” na área, conforme discussão feita no capítulo anterior deste trabalho, o que mediante o aporte de triangulação confere confiabilidade a este achado. Ressaltamos que, do total de entrevistados, apenas dois profissionais reconheceram a existência de uma população, em sua área geográfica de atuação, com necessidade de atendimento em “Saúde Mental”, demonstrando preocupação quanto às ações futuras de saúde destinadas a este público.

Os hospitais fecharam e a tendência é fechar cada vez mais. Porque aquele U eu tenho um amigo que trabalha lá, ele disse que ali está um caos. Aí eu digo: então, se fechar, mais gente vai voltar para casa e mais pessoas para gente acompanhar e a demanda vai aumentar, cada vez mais aumentando, aumentando, aumentando. [...] E a gente também tem que está preparado para isso, né...  
(Profissional 05)

[...] existem coisas das especialidades que estão dentro da clínica. Você sabe que a gente atende pneumologia, pneumologia dentro da clínica médica. Atende gastro dentro da clínica médica. Atende também distúrbio de ordem comportamental ou de saúde mental dentro da clínica médica, mas no limite, com limite, entendeu?! Eu não posso assumir aquilo como uma especialidade se eu não tenho formação para isso. Então, das especialidades que eu atendia dentro da clínica, a que me deixava mais preocupada é realmente a saúde mental. E ela vem porque ela está presente mesmo, entendeu?!  
(Profissional 01)

As falas destes profissionais nos permitem questionar a percepção da maioria dos entrevistados de que a “Saúde Mental” não se constitui uma problemática frequente no cenário pesquisado. Tal percepção conflita com os dados presentes em grande parte dos materiais oficiais, os quais estimam que, uma entre quatro pessoas no mundo vai experimentar alguma doença mental em sua vida (CENTRO DE INFORMAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – UNIC-RIO, 2010). Aliado a isto, estudos sugerem que usuários com perturbações mentais e comportamentais são comuns nos serviços de atenção básica, sendo as categorias nosológicas mais comuns a depressão, a ansiedade e os transtornos decorrentes do uso de substâncias (WHO, 2001; FORTES; VILLANO; LOPES, 2007).

Souza et al (2007), em estudo realizado com 134 enfermeiros de Teresina-PI encontraram resultados nos quais 97% dos entrevistados afirmam existir pacientes com transtorno mental em sua área de abrangência. Porém, relatam também que comumente não exercem atividades específicas voltadas para esta área. Estudos como os de Lucchese et al (2009), realizado em Cuiabá-MT; Jucá, Nunes e Barreto (2009), em Salvador-BA; Figueiredo e Onocko Campos (2009), em Campinas-SP; Vecchia e Martins (2009), em município de médio porte em São Paulo corroboram os dados encontrados por Souza et al (2007) referentes ao reconhecimento de demanda frequente, nas unidades básicas de saúde, por ações no âmbito da saúde mental. Apesar disto, são recorrentes, em tais estudos, relatos de experiências insipientes na área, marcadas pelo predomínio do modelo biomédico nas práticas de saúde mental e prática recorrente de encaminhamento dos casos de saúde mental para outros dispositivos e/ou profissionais de saúde, o que sugere dificuldades da equipe de SF na abordagem da problemática (VECCHIA; MARTINS, 2009; FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

Apesar do reconhecimento, cada vez maior, da importância do desenvolvimento de ações referentes ao âmbito da saúde mental na atenção básica, as falas e fragmento de diários de campo supracitados sugerem tanto uma incipiência das ações na área de saúde mental na ESF quanto dificuldades dos profissionais na condução dos casos relacionadas à temática. Este achado encontra-se consonante com a realidade observada em grande parte dos países em desenvolvimento, onde a OMS estima que mais de 75% das pessoas com distúrbio mental, neurológico e de uso de substâncias, incluindo cerca de 95 milhões de pessoas com depressão, não recebem tratamento médico (UNIC-RIO, 2010).

O contraste entre as informações e dados epidemiológicos (que apontam a elevada prevalência e incidência dos transtornos mentais nas populações nacional e mundial) e a confirmação de um cenário de “invisibilidade” dos pacientes com transtorno mental nos cenários da atenção básica sublinha, um importante paradoxo, cabendo aqui, por exemplo, distinguir a compreensão do campo “Saúde Mental” por parte dos profissionais entrevistados.

Eu acho a saúde mental assim, do ponto de vista médico, acostumada com a clínica, com o palpar e encontrar os sinais palpando, auscultando, fazendo exames, comparando, a saúde mental é muito subjetiva. Não é feito diagnóstico por imagem, nem por palpação, é o olho, entendeu?! É o olho e o crânio ligado naquilo. E eu não sou ligada assim, entendeu?! Então me assustou.  
(Profissional 01)

É muito deficiente saúde mental em PSF. Muito, não é pouco não. Pode escrever aí. Pode ter dez psicólogas no NASF que não resolve. É muito deficiente. A gente não é preparada para isso. Eu sinto que a gente não tem ainda, não se sensibilizou para isso, nós profissionais. Eu como profissional enfermeira, eu não me sinto sensível a captar esses pacientes. Primeiro, que é tanto problema e essas pessoas são tão excluídas que elas não chegam até nós nem pela família, às vezes.  
(Profissional 03)

Dentre as possíveis causas para as dificuldades apresentadas pelos profissionais de nível superior na condução de ações de saúde mental estão pouca sensibilização, por parte dos membros das equipes SF, para atuarem no campo - que podem estar arraigadas tanto em concepções de homem e de mundo pessoais, aspectos discutidos anteriormente -, como na formação pela qual esses profissionais passaram, a qual se constitui, em alguns cenários, segundo Oliveira, W. (2008, p. 39) “uma antítese das propostas das Reformas Sanitárias e Psiquiátrica”.

Ainda em relação ao componente “formação”, a pouca resolubilidade de determinadas capacitações específicas na área de saúde mental, tal como já antes aludidas, e algumas opções de ordem pessoal dos entrevistados são assinaladas como aspectos decisivos ao desenvolvimento de ações de saúde mental no âmbito da unidade pesquisada.

Para falar a verdade, quando eu entrei no PSF, eu não me imaginei atendendo nenhum paciente com necessidade de tratamento nessa área. Porque desde a faculdade eu já tinha feito mais ou menos as seleções do que eu não queria, do que eu não tinha perfil, do que eu não ia desenvolver bem, que era obstetrícia e uma dessas era a saúde mental, entendeu?! [...] A saúde mental foi uma preocupação na hora que disseram assim: “vão descentralizar a saúde mental e vamos colocar no atendimento do PSF.” Então eu fiquei muito preocupada com isso. Porque eu não tinha conhecimento na área, entendeu?! para fazer o diagnóstico e começar uma medicação. [...] Na medida em que o tempo passa, aí vão chamando para treinamento... ééé... Mas mesmo assim, o treinamento não me deixou muito à vontade. [...] Então foi isso, eu só fui ficar mais calma quando eu soube da notícia, dessa história do matriciamento.  
(Profissional 01)

Eu tenho dificuldade com saúde mental, muita! Com os pacientes que eu acompanho aqui é que eu não tenho porque eu só acompanho os casos leves, né?! [TI] O aperfeiçoamento que eu fiz específico foi através do matriciamento, só que eu não fico com caso grave, se eu tivesse que ficar eu ia sentir grandes dificuldades, mas aí geralmente eu encaminho e lá eles são acompanhados pelo CAPS. Entendeu?!  
(Profissional 02)

O matriciamento, citado por todos os profissionais de nível superior como uma das ações em saúde mental vigentes na unidade, é mencionado como uma possibilidade de formação profissional destinada à equipe SF, além de constituir uma modalidade mais efetiva de operacionalização de ações de saúde mental na atenção básica. No entanto, conforme abordaremos a seguir, tal estratégia não contempla todos os profissionais da equipe, o que limita a abrangência deste espaço de formação apenas aos profissionais de nível superior.

Conforme mencionamos em outros momentos dessa seção, diferentemente dos profissionais de nível superior, os ACS's apresentaram, em seus discursos, maior familiaridade com a temática “Saúde Mental”, de modo a discorrer sobre várias situações onde a temática se mostrou presente. Nunes, Jucá e Valentim (2007), em pesquisa realizada na cidade de Salvador-BA, evidenciou que, por possuírem um trânsito maior com famílias que tem algum membro com problema mental, os ACS's acabam por lidar de modo mais contínuo com casos desse tipo, se comparados com as demais categorias profissionais atuantes na ESF. Cabe salientar, no entanto, que, “maior familiaridade com a temática” não está sendo utilizada neste trabalho como sinônimo de conhecimento acerca do universo da “Saúde Mental”. Pelo contrário, a realidade investigada acabou desvelando uma vivência dos ACS's em saúde mental, permeada por dúvidas, receios e inquietações, conforme discussão no início desta seção colocada.

Nessa direção, mesmo possuindo um trânsito maior com famílias que tem algum membro com transtorno mental, a categoria dos agentes comunitários de saúde mostra-se carente de espaços de formação com vistas a discutir à temática, apresentando maiores fragilidades no entendimento dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e da “Loucura” como

fenômeno social construído e remodelado ao longo da história da humanidade. Acerca da necessidade de formação no âmbito da saúde mental, os ACS's ressaltam:

E eu também queria, gostaria muito de fazer um treinamento com o pessoal do NASF em relação a esses problemas de transtornos mentais que vão aparecendo na minha área. Como lidar com o parente, né... com o familiar, com a própria pessoa?... [...] Então, eu realmente eu gostaria de saber mais.  
(Profissional 05)

Porque são pessoas que assim... precisam de uma atenção eu acho que redobrada, né?! Porque não é todo profissional que sabe, pelo menos nós ACS's, às vezes a gente não sabe como se portar diante dessas pessoas e a gente não sabe nem como chegar.  
(Profissional 09)

É digno de menção que a própria institucionalização desse trabalhador no âmbito do SUS, nas últimas décadas, tem sido alvo de lutas e embates constantes, principalmente no que concerne a desprecarização dos vínculos de trabalho e da formação destes profissionais (CHINELLI; LACERDA; VIEIRA, 2011). Como nos alerta estes últimos autores, ao menos no âmbito legal, vários ganhos foram obtidos, a exemplo da criação da profissão no ano de 2002, o aumento da escolaridade e a qualificação em nível técnico, com a elaboração do “Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde”, no ano de 2004, e a conquista da contratação formal e direta pelo Estado, mediante seleção pública, para os ACS's e agentes de endemias, garantida pela emenda constitucional nº 51, de fevereiro de 2006 (CHINELLI; LACERDA; VIEIRA, 2011). Todavia, muitos destes direitos conquistados não se encontram assegurados, na prática, a exemplo da descontinuidade das ações referentes ao Curso Técnico de ACS, que não cumpriu as 3 (três) etapas previstas, confluindo, na opinião destes autores, em uma “formação aligeirada e fragmentada, voltada para a capacitação em serviço, e não condizente com a importância do papel desse trabalhador na práxis da integralidade do cuidado em saúde” (CHINELLI; LACERDA; VIEIRA, 2011, p. 71).

### **B.3 Experiências de cuidado em “Saúde Mental” desenvolvidas em parceria com o NASF**

Assim como as ações anteriormente descritas, o presente estudo acabou por evidenciar um processo incipiente de práticas de saúde mental realizadas em parceria pelos profissionais da equipe SF e equipe NASF pesquisadas. Nessa direção, dentre as possibilidades de atuação no âmbito, a prática de *encaminhamento de pacientes para avaliação por parte de um profissional do NASF* e a *participação conjunta (de equipe Saúde da Família e NASF) na*

*reunião do Matriciamento* constituíram-se nas ações mais referidas pelos profissionais de nível superior. Já os agentes comunitários de saúde acabaram por identificar *o levantamento dos casos de transtornos mental* de suas áreas de atuação e as *visitas domiciliares* desenvolvidas com os profissionais do NASF como as ações de saúde mental atualmente em curso em sua equipe. Tal distinção acaba por sinalizar um conjunto de atividades em saúde mental no cenário pesquisado que não fazem parte de um universo comum, assumindo características peculiares aos processos de trabalho dos atores em questão, muitas delas respaldadas nas atribuições específicas de cada uma das profissões atuantes no âmbito da ESF.

Torna-se válido ressaltar que, metade dos entrevistados afirmou, primeiramente, não existir, não se recordar e/ou não conhecer atividades relativas à saúde mental desenvolvidas em parceria com o NASF. As entrevistas de tais profissionais foram submetidas a uma análise criteriosa a fim de identificarmos, no decorrer dos discursos, ações que indicassem espaços de atuação ainda não “reconhecidos” pelos atores, porém existentes. Assim, dos três entrevistados com nível superior apenas um afirmou desenvolver atividade em saúde mental com o NASF, caracterizando-a da seguinte forma:

[...] A gente tem uma... não sei se é parceria que se chama, mas assim, sempre a gente está discutindo algum caso, tanto elas me trazem como eu levo para elas, entendeu?!

(Profissional 02)

Contrário ao depoimento acima, os outros dois informantes com nível superior não identificam a ocorrência de tais ações no âmbito da equipe SF da qual fazem parte, conforme observamos a seguir:

Essa coisa assim mais específica que eles estimulam, eu vou te dizer, eu sou meio enclausurada, eu não sei. [...] Por exemplo, escolas, a ação deles nas escolas, eu acho que eles devem ter, mas a gente conversa pouco, a gente conversa pouco ainda. [...] Porque quando eles não estão ocupados eu estou ocupada, a gente tem se encontrado pouco. Eu acho até que precisa desse espaço para essa conversa entre as equipes e as especialidades.

(Profissional 01)

Mulher olha, eu vou ser bem sincera, minha equipe a gente é muito afastada desse problema. [...] eu já sei que você já sabe que não funciona PSF. Você sabe que os doutores aqui atendem demanda livre, ou seja, eles fazem clínica médica e as enfermeiras fazem PSF. Então como não existe esse elo fica até difícil, ou seja, eu nem sei quem é que é, quem é que não é.

(Profissional 03)

Ante as falas, cabe salientar que o profissional 02, que reconhece haver “parceria” NASF - Equipe SF pertence à equipe 02 da unidade, constituindo-se um dos contatados da



outra equipe lotada no serviço de saúde convidado a participar da pesquisa em virtude da menção, por parte de outros entrevistados, de uma aproximação maior com a temática “Saúde Mental”. Assim, o reconhecimento de parceria no âmbito da saúde mental entre profissional de SF e NASF pode estar atrelado ao interesse específico desse profissional com as temáticas relativas à área.

Destacamos ainda que, apesar de o profissional 02 resumir o trabalho desenvolvido com o NASF com o termo “parceria”, afirmando em seguida ser comum “discussão de caso”, podemos visualizar na continuidade de sua fala uma prática resumida a encaminhamento dos casos (tanto dele para os profissionais do NASF como do NASF para ele).

[...] Por exemplo, já aconteceu de uma paciente que é acompanhada no CAPS e que precisa de uma consulta ou que precisa de algum exame, tanto neurológico como não, e aí elas: “Y, como é que a gente pode fazer?”. Porque é uma paciente que realmente não vai poder vim pegar a ficha por causa disso e daquilo outro, então aí eu autorizei a paciente a vim tal dia e fiz a consulta ou troquei receita, eu acompanhei. [...] Do mesmo modo que eu já tive pacientes, que já esteve aqui, que eu vi a necessidade de uma conversa com o psicólogo, com a assistente social e eu passei para elas e foi marcada a consulta com elas e foi dada uma continuidade a isso. Isso já aconteceu várias vezes, várias assim... não sei um caso específico, mas é dinâmico, está sempre acontecendo esse tipo de paciente e de caso.  
(Profissional 02)

Este último aspecto, relacionado à frequente prática de encaminhamento entre as equipes NASF e SF, emergiu também nos relatos dos outros dois profissionais de nível superior mencionados anteriormente, que apesar de não reconhecerem, no momento da pergunta direta, a existência de ações realizadas em parceria com o NASF, acabam por, em outros momentos da entrevista, revelarem as seguintes situações:

[...] eu estou mais no papel assim de dar um suporte para aquele paciente que já está com o diagnóstico, com o tratamento bem orientado e tudo, e que está se dando bem. E também de quando vir um caso novo eu já passo para a psicóloga, para avaliar, fazer uma avaliação psicológica também. Vejo os casos clínicos [TI] e... faço logo o pedido para uma avaliação no matriciamento.  
(Profissional 01)

O NASF... ééé... ele atua bem com essa história do matriciamento, principalmente tem a assistente social, a G e a S, psicóloga, que ela é bem atuante. E elas mesmas levam o caso. Às vezes, os próprios agentes de saúde levam para elas e elas mesmas levam o caso para dentro do matriciamento. Eles participam bem.  
(Profissional 03)

Conforme veremos com mais precisão na discussão da seção seguinte, as diretrizes gerais para atuação das equipes SF, no âmbito da saúde mental, prevê o exercício de práticas conjuntas, mediante integração NASF – Equipe SF, com vista à superação da lógica de referência e contrarreferência, as quais dificultam o acesso da população aos serviços, bem

como não favorece a coresponsabilidade pelo cuidado longitudinal dos casos (BRASIL, 2010a). Diante disto, as falas acima parecem sugerir um momento de apropriação da proposta NASF pela equipe SF, aquela implantada, no momento da pesquisa, há cerca de 2 (dois) anos no município de Fortaleza-CE. Por se tratar de uma estratégia recente e inovadora, torna-se imprescindível que as experiências concretizadas, bem como as em curso e planejadas, sejam problematizadas e refletidas conjuntamente, com vistas a proporcionar amadurecimentos e aprofundamentos que aprimorem as intervenções sob responsabilidade dos atores.

Mesmo não tendo claras as ações desenvolvidas em parceria pela equipe SF e NASF, o profissional 01 dá indícios da necessidade de criação de espaços conjuntos entre as equipes, no depoimento acima exposto, através da seguinte fala: “[...] a gente conversa pouco, a gente conversa pouco ainda. [...] Eu acho até que precisa desse espaço para essa conversa entre as equipes e as especialidades”, o que torna legítimo a urgência em se traçar estratégias de integração entre equipe NASF e equipe SF para o cumprimento efetivo dos objetivos de ambas as propostas.

Outro aspecto importante, presente nos relatos acima (e também ausente no momento da pergunta direta), diz respeito à menção, por parte dos profissionais de nível superior, do Apoio Matricial como uma atividade em conjunto realizada por equipe SF, NASF e equipe CAPS. Uma possível razão para tal ação não ter sido mencionada de modo natural pelos informantes de nível superior pode estar atrelada ao ingresso tardio da equipe NASF nas reuniões do Apoio Matricial, tendo em vista um profissional do CAPS não considerar o NASF integrante da equipe, dificultando assim a sua participação nos encontros.

[...] a psiquiatra dizia que não, que era só a equipe, mas aí a gente viu a necessidade porque elas participavam por fora e na hora do matriciamento não participava, aí não deu certo. Foi mais no começo, eu acho que os primeiros três ou quatro encontros, três ou quatro meses. Não chegou há cinco meses não. Porque tanto a gente tinha necessidade como elas também e aí ela permitiu, a psiquiatra.  
(Profissional 02)

Constatamos também, mediante observação livre da dinâmica do serviço pesquisado, que mesmo após integração do NASF às ações de Apoio Matricial, as funções delegadas aos seus profissionais, mostram-se atreladas, muitas vezes, ao cumprimento de papéis meramente burocráticos, tais como, avaliar os casos encaminhados pelos profissionais da SF, tendo em vista organizar os nomes daqueles que participarão do Apoio Matricial e a marcação do dia da reunião do matriciamento junto à equipe CAPS, conforme se observa no seguinte fragmento de diário de campo:

Após ter observado a marcação de consultas da unidade, passei o restante da manhã na sala do NASF, observando as atividades desenvolvidas pelos profissionais. Em um determinado momento, a equipe foi procurada por uma ACS que solicitava atendimento para uma paciente da sua área. Tratava-se de uma senhora que havia sido transferida, recentemente, do CAPS para a unidade, comparecendo toda semana ao serviço para pegar “receita azul”, convertida em medicamentos que seriam distribuídos posteriormente entre seus filhos, viciados em drogas. A ACS diz não se sentir preparada para o contato com a paciente, solicitando a ajuda do NASF na condução do caso. Como resposta, a profissional de saúde mental informou que já havia colocado o nome da pessoa na lista do Apoio Matricial e que a mesma aguardasse o dia da reunião. Pude observar na dinâmica do serviço que os profissionais do NASF são frequentemente procurados, tanto por ACS’s como por pacientes encaminhados das consultas médicas, para agendamento no Apoio Matricial. São também estes profissionais os responsáveis pelo agendamento do encontro junto ao CAPS, de modo a repassar ao restante da equipe o dia disponível para realização do matriciamento na unidade.  
(Diário de Campo – 17.11.11)

O fato de não ter ocorrido reunião de Apoio Matricial durante o período previsto para observação do campo, ou seja, entre os meses de outubro e dezembro, conforme assinalamos no tópico referente ao percurso metodológico do estudo, impossibilita-nos de tecermos, com maior precisão, considerações acerca da função/desempenho do NASF nas ações de matriciamento. Todavia, ressaltamos que a relação do NASF com o cumprimento de ações burocráticas com vista à organização do Apoio Matricial pode ter constituído uma possível causa para o matriciamento não ser mencionado diretamente, pelos profissionais da equipe SF, como uma das atividades em saúde mental desenvolvida em parceria com o NASF.

Quanto à análise do desenvolvimento da proposta do Apoio Matricial, Dimenstein et al (2009), em estudo realizado no município de Natal-RN constataram que, esta não foi assimilada de modo satisfatório pelos profissionais de SF, prevalecendo ainda muitas incertezas e expectativas equivocadas por parte de alguns técnicos. Apesar de um dos eixos centrais do trabalho estar voltado para a promoção do encontro de saberes entre equipe básica e serviço especializado, tal possibilidade não emergiu no depoimento dos entrevistados do estudo, os quais centraram as suas falas em três tipos básicos de suporte: contribuição da equipe especializada por meio de ofertas de capacitações e treinamentos, presença de um psicólogo na unidade para atendimento dos casos e suporte emocional para os profissionais de saúde da equipe (DIMENSTEIN et al, 2009). Como concluiu a autora, os relatos dos profissionais de Natal-RN convergem para um conjunto de ações esperadas para o Apoio Matricial, que apesar de distintas, demarcam práticas de saúde compartimentalizadas e fragmentadas, muitas delas ancoradas na lógica do encaminhamento e da desresponsabilização pela continuidade do cuidado.

Esta última visão também esteve presente em muitos depoimentos provenientes do nosso estudo, a exemplo dos fragmentos: “eu já passo para a psicóloga [...] faço logo o pedido para uma avaliação no matriciamento”, do profissional 01, e “os próprios agentes de saúde levam para elas [profissionais do NASF] e elas mesmas levam o caso para dentro do matriciamento”, proferida pelo profissional 03.

Ainda em relação aos depoimentos dos profissionais de nível superior, destacamos que, apenas dois entrevistados citaram a visita domiciliar como uma atividade de saúde mental desenvolvida em parceria com o NASF. Um deles, inclusive, cita a ação como estando carente de incentivo, conforme veremos abaixo, na análise dos obstáculos. O outro menciona, indiretamente, a experiência da visita domiciliar no decorrer da sua entrevista, não sendo, portanto, uma atividade reconhecida espontaneamente, conforme notamos abaixo:

Eu vou dar um exemplo: Um paciente nosso, que a gente foi visitar, e quando chegou lá ele super depressivo, bem ruim mesmo. [...] Elas muitas vezes vão com a gente para as visitas. Foi conversado, foi agendada visita para ele, aí ele foi avaliado pela equipe do NASF e a psicóloga ficou fazendo visitas e depois conseguiram encaminhar ele para o CAPS. Eu sei que ele ficou bem depois, ele é acompanhado pela própria psicóloga, mas ele ficou bem.  
(Profissional 03)

Contrariamente a este caso particular, a participação nas visitas domiciliares, acompanhada do levantamento dos casos, foram as atividades mais citadas pelos agentes comunitários de saúde. A menção de tais ações encontra respaldo nas próprias atribuições específicas da profissão de ACS, muitas delas relacionadas à função de “elo” entre a comunidade e os serviços de saúde. Dentre as atribuições desse trabalhador constam (BRASIL, 2011c, p. 14):

- I - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- II - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- III - orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- IV - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- V - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade.

Torna-se digno de menção que o desenvolvimento das ações de saúde, incluindo as visitas domiciliares, deverá ser programado em conjunto com a equipe, de modo a levar em consideração, primordialmente, os critérios de risco e vulnerabilidade de cada caso/situação.

Baseados nestes, as famílias com maiores necessidades precisam de cuidados especiais, podendo ser ampliado o quantitativo de visitas ao longo do período de 1 (um) mês, o qual possui como referência a média de 1 (uma) visita/família/mês (BRASIL, 2011c).

Vale ressaltar ainda que, assim como os profissionais de nível superior, os ACS's também demonstraram dificuldade na delimitação das ações de saúde mental, conforme observamos nos depoimentos abaixo:

Bom... [pausa] Éééé... com relação à saúde mental eu não sei te falar muito bem, entendeu?! Sei que o NASF, que é esse núcleo de apoio... ajuda a gente nas nossas visitas [...] Já mandaram também a gente procurar essas pessoas que tem, que são acompanhadas pelo CAPS, pessoal de saúde mental, para eles avaliarem, dar o parecer deles, né?! Aí o que eu posso dizer é isso com relação ao NASF, até do ponto de vista que eu entendo.  
(Profissional 08)

Particularmente eu não conheço nenhuma, tá? [pausa] Assim, foi feito há mais ou menos uns seis meses, eu acho que isso [...] o pessoal do NASF pediu, né, para que a gente fizesse uma busca ativa de doentes mentais que já tiveram e que tem, no momento, para que elas pudessem fazer um grupo. [...] Foi feito, mas realmente eu não sei se isso foi desenvolvido.  
(Profissional 09)

Nãoooo... [Pausa] que eu lembre agora no momento... de saúde mental não.  
(Profissional 10)

É o seguinte, eu não vou falar por eles porque eu não sei, agora eu, particularmente, não tenho nenhuma atividade nessa parte. [TI], não tenho nada em relação a mental.  
(Profissional 11)

Como podemos observar os profissionais 08 e 09, apesar de afirmarem, nos depoimentos acima, desconhecerem atividades de saúde mental, acabam por, em seguida, mencionar tanto o levantamento quanto a visita como ações desenvolvidas em parceria com o NASF. Consonante este dado, Fontes (2004) considera que o trabalho do agente comunitário de saúde encontra-se estruturado, principalmente, na atividade de visita domiciliar, através da qual o trabalhador exerce sua função pedagógica, “de conselheiro, de amigo da família, que ouve e dá conselhos sobre questões que ultrapassam o plano profissional, adentrando-se, assim, na vida privada” (FONTES, 2004, p. 135-136).

Por conhecer de perto cada família, com quem mantém contato há anos, Roese e Lopes (2004) consideram ainda a visita domiciliar do ACS um instrumento potencializador na “coleta de dados” em pesquisa e nas ações de vigilância em saúde, corroborando a importância de atividade tal como a de levantamento dos casos de transtorno mental da área, proposta pelo NASF aos ACS's.

Contudo, assinalamos que, o fato de a atividade não ter gerado produtos, resumindo-se apenas à coleta de informações, pode ter contribuído para que alguns ACS's, mesmo tendo executado a tarefa (3 de um total de 8), não a reconhecessem diretamente como uma ação em parceria com o NASF. Ligada a esta questão, observamos ainda, tanto nas falas dos profissionais 08 e 09, como nas seguintes, o desconhecimento da finalidade de tal ação.

A gente fez o levantamento para elas [profissionais do NASF] justamente fazerem uma ação, que era porque ficava desorganizado o controle desses medicamentos. Elas disseram isso para gente. Então tinha que fazer um levantamento para saber quem realmente estava tomando, porque precisava e porque não precisava. Mas acabou que ficou só no levantamento, entregamos as fichas para elas e parou aí. Parou aí, não teve mais nada.  
(Profissional 04)

Há uns seis meses atrás, não sei se veio uma determinação da SMS ou se foi por iniciativa da própria doutora S, ela mandou relacionar todas as pessoas da área que a gente conhecesse. No caso, que tivesse problema mental, né... para relacionar essas pessoas. Foi feito esse trabalho. O NASF que impulsionou isso. [...] Eu não sei se isso foi só a caráter mesmo de relacionar as pessoas da área do posto. A única vez que eu vi algo desse tipo do NASF com relação a esse tema de saúde mental, foi essa vez aí, que foi relacionar as pessoas que tinham problema mental da área. Agora a finalidade depois dessa relação feita, eu não sei.  
(Profissional 07)

Conforme explícito, interpretações diversas, por parte dos ACS's, sobre a mesma atividade (organização e controle na distribuição de medicamentos / identificar usuários para formação de grupos / realizar avaliação dos pacientes com transtorno mental da área) sinalizam uma prática verticalizada, distinguindo-se de uma proposta efetiva de trabalho em equipe, onde o diálogo e as pactuações abrangem todos os atores envolvidos, tendo em vista partilharem objetivos comuns.

Campos, C. (2003) chama a atenção para o fato de a organização parcelar do trabalho fixar os trabalhadores em uma determinada etapa do projeto terapêutico, comprometendo assim, a visão de totalidade do processo. Em suas palavras, “a superespecialização, o trabalho fracionado, fazem com que o profissional de saúde se aliene do próprio objeto de trabalho” (CAMPOS, C., 2003, p. 572), dificultando assim, a operacionalização de ações integrais que privilegiem a concretude da vida dos sujeitos. Como não há interação em todo o processo de cuidado, possivelmente não haverá compromisso com o resultado do mesmo, confluindo em processos de trabalho compartimentalizados, com intervenções/ações fragmentadas entre os diversos profissionais.

Consonante com tal discussão, Hartz (2004, p. 332) define a integração de equipes clínicas como um fator essencial para efetivação da integralidade nos processos de saúde, tendo em vista fundamentar-se em uma “coordenação durável das práticas clínicas destinadas

a alguém que sofre com problemas de saúde, visando assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais”.

Por fim, distinguimos o entendimento de Uchimura (2010) de que a produção do cuidado em saúde depende não apenas das competências dos seus trabalhadores, como também do grau de interação entre as várias identidades profissionais no âmbito da ESF, tornando necessária uma releitura dos aspectos colocados pelos profissionais ACS's referentes à tarefa, solicitada pela equipe NASF, do levantamento dos casos de transtorno mental.

No que se refere especificamente à atividade de visita domiciliar, muitos relatos trazem como uma ação bastante frequente entre ACS e NASF, estando esta atividade atrelada ao interesse e necessidade dos primeiros em acionar o programa, não sendo observada a definição de critérios prévios de acionamento, conforme defende Campos e Domitti (2007), para o desenvolvimento das ações.

Assim que eu chego com um problema desses é agendado, automaticamente. As meninas do NASF já agendam e prontamente na visita elas já estão ali. E muitas vezes, independente da Dra. X poder ir ou não, elas vão, elas vão.  
(Profissional 05)

Na minha área teve um... éééé... Já aconteceu vários casos, né?! de pessoas que estão precisando de um acompanhamento psicológico, né?! Então aí... [...] eu vim, comuniquei a eles [profissionais do NASF], nós ajeitamos uma visita domiciliar. Aí eles foram com a gente lá, fizeram o possível para fazer um acompanhamento e passar para onde eles devem ser acompanhados, né...  
(Profissional 08)

Os depoimentos acima parecem apontar para visitas domiciliares compartimentalizadas, em alguns momentos realizadas em conjunto com os ACS's, em outros apenas pelos profissionais do NASF, situação ratificada também nas falas seguintes:

Eu tenho uma [paciente] que tentou se matar várias vezes, eu também passei para o NASF. As meninas foram lá, mas não conseguiram, ela tinha ido para casa da mãe.  
(Profissional 06)

Acionei para uma visita de uma área descoberta que fica vizinha a minha [...] eu pedi para elas irem lá, mas até hoje não foram não.  
(Profissional 09)

Hoje acompanhei a psicóloga e a assistente social da equipe NASF, juntamente com a ACS da área, em uma visita domiciliar. Tal visita consistiu em uma demanda da família de um idoso por um parecer favorável à sua internação, tendo em vista os parentes mais próximos afirmarem não ter condições de cuidar do mesmo. A problemática desse senhor já havia sido repassada pela ACS a equipe há algum tempo, sendo que, por conta da falta de suporte do carro da visita (disponível apenas um dia da semana para cada equipe) os profissionais estavam comparecendo à residência da família em momentos distintos [...] Chamou-me à atenção quando, no

final da manhã retornamos à unidade, e não pude observar indicativos do processo subsequente à ação daquela visita. Quando perguntei as profissionais o que fariam a partir de então, elas responderam que preencheriam uma espécie de relatório de visita, evolução de prontuário do paciente, que ficaria disponível para todos da equipe. Não observei contatos diretos com os profissionais que haviam realizado visitas anteriormente (médica e enfermeira), tendo inclusive presenciado momentos de contato da equipe NASF com a médica da equipe naquela mesma manhã.  
(Dados do diário de campo – 11.11.11)

Como mencionado no trecho do diário de campo, a justificativa dada pelos profissionais para tal atuação se encontra no fato de o carro disponibilizado para as visitas não suportar todos os profissionais, o que faz com que a atividade seja realizada em momentos distintos, sendo posteriormente discutida. No entanto, uma análise atenta às informações contidas nas entrevistas dos participantes do estudo acerca de algumas visitas realizadas, corroborara a fragmentação de tal ação, resumida a anotações em prontuários, tendo em vista a não existência de espaços coletivos para discussão dos casos, conforme depoimento abaixo:

[...] teve uma senhora que a gente levou, a gente foi lá, eu e a G. Essa mulher ela está lá sem atendimento, nem me pergunte por que, porque a gente foi lá aí ela disse assim: “Eu vou passar isso aqui para equipe, a gente vai vê como é que fica”. [...] Então ficou, assim, da gente resolver isso em equipe e nunca teve essa reunião em equipe... nunca foi abordado, eu fiquei só esperando o dia que acontecesse, né?! [...] Aí eu falo com a filha da mulher: [...] “Aquela moça não veio mais aqui não?”. “Não, não veio não”. Eu digo: “Mas assim que ela vier eu acho que ela passa para mim”. Só que não passou, morreu, acabou o assunto.  
(Profissional 04)

É digno de menção, que o Apoio Matricial citado por todos os profissionais de nível superior não apareceu em nenhum depoimento dos ACS's. Ao contrário, quando questionado acerca de tal dispositivo, a maioria dos ACS's nem sequer conheciam a nomenclatura, expressando-se da seguinte forma: “Apoio matricial, como assim?” (Profissional 05); “Mas tu falas matricial assim como?” (Profissional 06); “O que? Nem sei o que é isso? Só se me passaram com outro nome” (Profissional 07). O desconhecimento do Apoio Matricial, por parte dos ACS's, é decorrente da não participação destes atores nas reuniões do matriciamento, confirmada tanto pelos profissionais de nível superior, quanto pelos mesmos.

Tendo em vista os ACS's serem considerados um dos atores fundamentais no processo de reorientação do modelo de atenção à saúde preconizado pelo SUS, a participação desses trabalhadores nos diversos encontros que envolvem a equipe de SF e NASF se mostra crucial para a efetivação de uma prática de saúde orientada sob o eixo da integralidade da atenção e do trabalho em equipe.

Conforme nos assinala Lancetti (2008) a potencialidade terapêutica dos agentes comunitários de saúde consiste na capacidade de esse segmento incidir nos processos de



produção de subjetividade presentes no território. Desse modo, “a ação dos agentes de saúde, quando operada em singular parceria com os outros membros da organização sanitária, tornam essa relação uma arma fundamental para fazer funcionar esta máquina de produzir saúde e saúde mental” (LANCETTI 2008, p. 93), de onde se conclui que, encontros envolvendo profissionais especialistas apoiadores (tanto do NASF como do CAPS) e equipe SF, englobando as várias identidades profissionais constituintes da mesma, mostra-se uma potente via de cuidado integral no âmbito da atenção à saúde mental.

No que se refere à análise das potencialidades das ações desenvolvidas em parceria pelas equipes SF e NASF, a contribuição de outras categorias profissionais, distintas da equipe mínima da ESF, desponta como aspecto central do cuidado em saúde mental realizado no cenário da atenção básica, conforme se evidencia nos depoimentos a seguir:

[...] essa visão, esse olhar diferente, entendeu?! que os profissionais do NASF têm... Essa é a potencialização, com certeza!  
(Profissional 02)

A potencialidade é a visão de outro profissional, sem ser o enfermeiro, que tem a sua capacidade, com certeza, bem maior na sua área, eu acho que é essa a potencialidade.  
(Profissional 03)

Destaca-se, no entanto, que não observamos nas falas acima, menção de trabalhos conjuntos como modalidade enriquecedora da ampliação do escopo das ações de saúde mental na equipe. Ao contrário, emerge na fala de muitos entrevistados a expectativa de que as ações do NASF se deem de modo complementar, consistindo, pois, em ações isoladas, conforme vislumbrado no depoimento a seguir:

Elas [equipe de profissionais do NASF] têm grupos de gestantes, então isso ajuda bastante a gente na orientação. Nos idosos também, nos hipertensos, ééé... hipertensos, diabéticos. Então esses grupos que elas fazem isso acaba que éééé... tirando um peso das nossas costas, né... porque elas vão ajeitando. Então isso realmente é muito, é muito somativo. Porque ela enquanto profissional tem um, um, uma visão diferente da minha.  
(Profissional 09)

Uma análise da totalidade das entrevistas aponta para uma expectativa, por parte da equipe SF, de que o NASF venha *fazer por*, em detrimento a *fazer com*, (CAMPOS, G. 2003), o que implica certo distanciamento entre o esperado pelos profissionais e o discurso oficial da proposta, que partindo da perspectiva de construção coletiva de ações de saúde, busca a integração, a cogestão e o estabelecimento de parcerias como pano de fundo das práticas a serem desenvolvidas por NASF e equipe SF (BRASIL, 2010a).

Ainda relacionada com a questão acima, a possibilidade de troca de conhecimento entre membros da equipe SF e NASF, apareceu de modo pontual nas falas dos entrevistados, sendo citada apenas por um ACS, que assim definiu a atuação conjunta:

[...] se na área tem uma pessoa que tem transtorno mental, por exemplo, aí a gente já pode conversar com elas sobre o assunto, com a psicóloga, a assistente social, tá entendendo?! Tem a equipe que tem a fono, tem a fisioterapeuta, tem a nutricionista também, às vezes quando a gente conversa com ela... Então deu uma ajuda.  
(Profissional 06)

De acordo com Campos e Domitti (2007) os encontros entre profissionais de referência e apoiadores são legítimos na acepção de Apoio, a qual tem na comunicação personalizada e no contato pessoal ferramentas propícias aos encontros dialógicos entre as equipes, cabendo apenas o alerta de que o caso continuará sob responsabilidade da equipe de referência, encarregada do acompanhamento longitudinal e integral dos casos (CAMPOS, 1999). Partindo de tal consideração, “a regra fundamental do funcionamento das equipes é fazer circular o saber – tanto o técnico e o científico, como o cultural e o popular” (LANCETTI, 2008, p. 93), em uma postura que longe de discriminar e segregar, visa estimular a integração e capacidades resolutivas e criativas dos membros das equipes.

Encontramos ainda, entre os depoimentos dos entrevistados, falas associadas à percepção de mudanças no âmbito assistencial da equipe SF, ocasionadas pela inserção do NASF na unidade. Nessa direção o programa é avaliado positivamente, pela maioria dos entrevistados, que identificam transformações tanto na organização como na operacionalização das ações de saúde, com repercussões concretas para os usuários, que passam a contar com um adicional, um plus, após ingresso do NASF na equipe.

[...] Olha, é tão gratificante você chegar na casa, está com a médica, você já está com a psicóloga, você já está... Ali você já está resolvendo N problemas, inúmeros problemas, na verdade, inúmeros problemas. [...] tem casos que a gente traz para marcar consulta, a pessoa: “Puxa, a psicóloga vai está lá?”, quer dizer, para eles é surpresa que o Posto está oferecendo o psicólogo, o assistente social, o fisioterapeuta, a nutricionista, né?! Então só positivo, realmente só positivo. É ótimo! É ótimo, é ótimo, é ótimo! Para mim, como agente de saúde, foi uma benção. Uma benção mesmo.  
(Profissional 05)

[...] a vinda do NASF para cá foi importante demais, porque ficou, assim, uma equipe muito completa, com nutricionista, assistente social, o fisioterapeuta, o fono... ficou bem melhor, né?! Muita gente na área não tinha... Assim, não podia fazer esse acompanhamento com o nutricionista ou então estava precisando de um assistente social, não é? E agora tem tudo isso.  
(Profissional 10)

Eu logo pensei: “Eu vou ter um leque de opção para eu desenvolver o meu trabalho melhor”, do que se fosse aquela coisa bitolada de só enfermeira, médico, como a

maioria das outras unidades, né. [...] O NASF, assim, veio... É um programa que veio realmente acalhar demais no PSF.  
(Profissional 11)

As situações relatadas apontam uma satisfação dos membros da equipe com a implantação do NASF, a qual imprime, de certo modo, o deslocamento da centralidade biomédica tradicional na organização dos serviços de saúde no Brasil (LUZ, 2005).

Vemos emergir, aos poucos, através de propostas tais como a do NASF, o que chamamos, em comum acordo com Luz (2005), de paradigma vitalista. Este se encontra voltado para ações promotoras e recuperadoras da saúde e da vida, as quais, via inserção de outras categorias profissionais e racionalidades distintas da biomédica, contribuem para uma aceção de práticas integrais e humanizadas nos cenários de saúde.

Como obstáculos e dificuldades na operacionalização das ações de saúde mental desenvolvidas em parceria por NASF e equipe SF, encontramos muitas questões relativas à estrutura e organização da ESF, algumas delas anteriormente mencionadas no corpo deste trabalho. Nesse ponto emergiram, entre os ACS's, principalmente a questão da não disponibilidade do carro para as visitas e ausência de espaços coletivos para encontros e reuniões entre equipe SF e NASF, conforme relatos a seguir:

Deveria ampliar o número de visitas, porque a gente depende de um carro para fazer as visitas, né?! e da médica! Então assim, eu acho que o número de, de... ampliar mais o número de visitas, principalmente mais nesses casos assim [...] que precisam de um acompanhamento, acompanhamento mais específico, como transtorno mental, essas coisas. [...] e ter mais assim, reuniões entre o NASF e os ACS.  
(Profissional 06)

[...] Eu acho que devia ter mais disponibilidade de um carro vim para isso, para o NASF fazer essas visitas domiciliares. Não tem. É difícil demais trabalhar assim.  
(Profissional 10)

Falta ter mais, assim, tipo cursos, pequenos cursos, NASF e ACS. [TI] É porque a palavra fugiu. Mais cursinhos, mais coisas assim... Poderia ser tanta coisa... Para a gente ter certeza do que está falando, a partir desse contato com o NASF.  
(Profissional 11)

A questão das visitas domiciliares também emergiu nas falas dos profissionais de nível superior, revelando-se uma preocupação pelo seguinte aspecto:

Deveriam ampliar os profissionais, né?! Quer dizer, no caso o Estado, devia colocar mais, trazer mais pessoas para compor essas equipes, para que as equipes ficassem nas unidades de saúde. Aí sim, eu acho que elas pudessem desenvolver esses trabalhos todos que eu falei, né?! Desde as visitas, recebia as queixas, as informações de que tem uma pessoa meio perturbada em casa ou então de uma pessoa que se isolou muito, está agressivo, de um idoso que esteja isolado da

família. Então elas podem contribuir fazendo essas visitas, independente de visita médica. As visitas por elas mesmas, ter um carro para isso, entendeu?!  
(Profissional 01)

A fala acima, somada à seguinte, assinala que, a vinculação do NASF com outras equipes SF, impedindo a sua lotação na unidade em tempo integral, consistiu no principal obstáculo para o desenvolvimento de ações conjuntas entre NASF e equipe SF, apontado pelos profissionais de nível superior e técnico:

Falta um apoio maior do NASF. Por exemplo... do psicólogo que pudesse está muito mais presente, porque eu acho até covardia o que acontece com o NASF, né?! Eles chegam a ser responsáveis por três, quatro postos ao mesmo tempo, então, fica difícil eles conseguirem dar um apoio mesmo, direto. [...] Na verdade eu acho que deveria ter um NASF para cada unidade de saúde, até porque aqui já são três equipes de PSF. Então, vamos dizer, três equipes de PSF e uma equipe de NASF, contemplaria numa boa. E não três, quatro postos para uma equipe de NASF, né?! Aí fica mais complicado.  
(Profissional 02)

Eu acharia melhor assim, tanto para nós como para a população, se eles passassem o dia aqui. Todos. Porque eles passam só um pedaço. [...] A tarde já é em outro canto. Eu acho assim que cada NASF, cada número, que eles são por número, né... devia ser de cada posto uma equipe, que era melhor de atender, era melhor de trabalhar.  
(Profissional 12)

Aliada a isto, o profissional 03 menciona ainda a Portaria 154/08, que institui e regulamenta o NASF, como uma barreira aos processos de trabalho envolvendo as equipes.

A limitação, sei lá, é a estrutura, é a própria, como é que eu posso dizer?... É a própria Portaria. [...] que limita muito ele [o programa]. Acho que só, não vejo outra coisa não. [...] Pelo que se propõe, pelo o que o Ministério traçou, aqui funciona muito bem. [...] Não é o que eu gostaria, porque esperar, eu tenho que esperar realmente isso, porque se ele se propôs a isso, eu tenho que esperar pelo menos que façam o que propuseram, o que o Ministério passou para elas [profissionais do NASF]. Elas mesmas não podem fazer. A própria fisioterapeuta diz: “W aqui a gente não tem nem espaço, um aparelho, um nada.” Elas atendem, às vezes, um ou outro paciente que vem para fonoaudiologia. Atendem, veem... É bom! Fazem uma espécie de avaliação, fazem uma triagem, entendeu?! Mas não é um atendimento de verdade, entendeu?  
(Profissional 03)

Os depoimentos dos profissionais, tanto de nível superior como técnico, refletem a discordância entre o que se espera e o que se tem na prática do programa, no momento desta pesquisa. Muitos trabalhadores mostraram-se insatisfeitos com o funcionamento do NASF, na medida em que suas expectativas giram em torno de a possibilidade da equipe realizar atendimentos individuais e/ou realizar atividades de saúde de modo complementar/paralelo às ações de saúde da equipe de SF, práticas estas condenadas tanto no âmbito normativo como no próprio discurso dos profissionais do NASF, retratados nos depoimentos dos entrevistados.

Acerca da expectativa de que o NASF realize atendimentos individuais, o profissional 03 esclarece:

[...] o atendimento coletivo, com vários profissionais, tentando melhorar, é importante? É importantíssimo [...] se a Atenção Primária funcionasse bem e eu tivesse todo mundo bem, só precisando manter a saúde do povo, entendeu?! Está todo mundo bem? Não. [...] Às vezes eu acho, sinceramente falando, que é desperdício de conhecimento, desperdício de profissional. Tipo assim, eu pegar uma fonoaudióloga e colocar ela só para fazer palestra, educação em saúde. Às vezes eu fico pensando assim: “Nossa, meu Deus do céu, tanto conhecimento...”. Porque eu não tenho conhecimento de fonoaudióloga, mas [...] Enfim, é complicado...  
(Profissional 03)

Ainda que reconheçamos ser fundamental cuidar das enfermidades, outras dimensões do sujeito necessitam também ser valorizadas, ampliando-se assim, compreensões a respeito dos processos de saúde/doença/cuidado para além das questões postas pelo modelo médico assistencial privatista, centrado na demanda espontânea dos indivíduos já enfermos (PAIM, 2003). É nessa direção que a ESF desponta no cenário brasileiro, com o intuito de se legitimar reorientadora do sistema de saúde, propondo, para tanto, em seus processos de trabalho, a substituição do foco na produção de procedimentos, para o foco na produção de cuidados (COSTA et al., 2009). Consiste na substituição de práticas centradas em consultas, exames, triagens, etc. (tais como as que constituem preocupação no profissional acima) para um trabalho voltado ao acolhimento, à escuta qualificada e ao diálogo entre profissional de saúde e usuário.

Longe de garantias de resolubilidade e efetividade, incide em trabalharmos com o tangível, sem perdermos de vistas as possibilidades de desenvolvermos a dimensão cuidadora nas práticas cotidianas dos profissionais de saúde (CECCIM, 2008). Significa aprender a conviver com as incertezas e desafios impostos às modalidades de cuidado inovadoras, tais como se pretendem ser o NASF e a ESF, nas quais uma via possível de lidar com o fracasso e as insatisfações se dá mediante instituição de espaços de escuta e construção coletiva, envolvendo os diversos profissionais, com vistas a encontrar soluções para os conflitos que se apresentem no cotidiano do serviço.

Esperando atingir tal objetivo, concluímos este segundo tema, ratificando a necessidade de construção e pactuação de espaços coletivos no serviço de saúde pesquisado, que contemple as equipes NASF e SF analisadas, a fim de orientar uma prática conjunta mais reflexiva e fundamentada, a qual se mostra imprescindível, conforme evidenciaram os achados deste estudo.

### 4.3 TEMA C: O lugar do NASF no cuidado em “Saúde Mental” na atenção básica

Foi possível constatar, na discussão precedente, a presença de dúvidas, incertezas e expectativas equivocadas por parte da maioria dos profissionais da equipe SF acerca do papel do NASF no âmbito do cuidado em saúde mental. Nessa direção, muitos entrevistados apresentaram dificuldades na delimitação das ações operacionalizáveis pelo programa, acabando por revelar uma variedade de ações/atuações, muitas delas ancoradas nas necessidades individuais decorrentes da sua prática profissional, indo de encontro a uma perspectiva de trabalho sustentada na pactuação, integração e realização conjunta das ações de saúde (BRASIL, 2010a). Desse modo, assim como nas demais seções deste trabalho, os profissionais de nível superior centraram as suas falas em práticas de saúde vinculadas às atividades de consultório, ao passo que os ACS's mencionam, com maior frequência, ações presentes no território, principalmente aquelas relacionadas às visitas domiciliares.

Dentre as atividades apontadas pela equipe SF relativas ao âmbito da saúde mental, como passíveis de contribuição do NASF, destacam-se as que abrangem:

- a) *Atividades de educação em saúde;*
- b) *Avaliação e diagnóstico dos casos de transtorno mental;*
- c) *Articulação com demais dispositivos da rede.*

A ação de planejamento, organização e desenvolvimento de atividades de formação, conforme veremos adiante, apareceu de modo pontual ao longo das entrevistas, sendo mencionada apenas por um dos profissionais entrevistados.

#### C.1 O “NASF educador”: compreensões e fundamentos

Iniciamos a presente discussão chamando à atenção para o fato de considerarmos escassas as possibilidades de ação/atuação do NASF apontadas pelos entrevistados, expressas tanto no número limitado de práticas mencionadas como na explicação e fundamentação das mesmas. Alguns profissionais apontaram a entrevista como um dos únicos momentos proporcionados à equipe para se pensar a problemática em questão, sugerindo assim uma insipiente apropriação da proposta NASF pela equipe de saúde, principalmente no tocante às ações de saúde mental.

Bom, eu não tinha nem pensado nisso [...] Eu acho que esse trabalho ééé... Eu não sei direito se eu vou usar a palavra certa, mas podia ser dinamizado, digamos assim,

por aproximação delas [profissionais do NASF] dos membros da equipe. [...] Poderiam ser atividades mais ou menos educativas ou atividades recreativas [...] Dar caneta, papel, cartolina e mandar todo mundo fazer o que quiser, por exemplo. É uma forma de a pessoa expressar o que ela tem e ter uma interpretação de um profissional [...] Eu digo assim, uma atividade viva, entendeu?! É uma forma de a pessoa trazer, sem ser com uma terapia convencional, aquilo que está guardado lá, entendeu?! E de repente ela sair daquele marasmo, daquela situação...  
(Profissional 01)

Apesar do papel do NASF não se mostrar totalmente claro no depoimento supracitado, vislumbra-se uma possibilidade de o programa promover ações de saúde distintas das do modelo clássico, onde há o predomínio dos atendimentos clínico e assistencial. Tal compreensão encontra-se consonante com o modelo de Clínica Ampliada defendida pela proposta NASF, o qual propõe a inclusão de novos instrumentos de intervenção no âmbito da saúde, tendo em vista a necessidade de se proporcionar uma atenção integral (BRASIL, 2010a).

Dimenstein et al (2009, p. 66) consideram que a função desta clínica é “acompanhar movimentos, metamorfoses subjetivas, paisagens que vão se processando cotidianamente na vida, proporcionando um meio criador para encontros e composições”, constituindo-se, portanto, em uma proposta a favor da criação de espaços coletivos fundamentados nos pressupostos do acolhimento dos usuários e humanização da atenção.

Cabe salientar, no entanto, que a fala aludida anteriormente se mostrou singular no universo das entrevistas, sendo uma das poucas compreensões da proposta NASF sob o enfoque da Clínica Ampliada. Além disso, a proposta colocada pelo profissional para a área de saúde mental torna-se, a partir de certo ponto da entrevista, frágil, na medida em que a mesma atribui, exclusivamente ao NASF, a responsabilidade pela condução da atividade, conforme observamos a seguir:

Não sei qual é o foco delas na saúde mental, mas eu acho que as meninas, mesmo dentro das suas especialidades, podem sair e criar isso aí [grupos terapêuticos], porque elas têm tempo para isso, elas podem planejar isso, elas podem executar, né?! Enquanto, por exemplo, o médico, não pode fazer isso. Eu posso participar também, mas já para eu mesmo fazer o projeto, ir atrás, atrás de material, entendeu... Fazer um requerimento pedindo material, apresentando o projeto lá para Secretaria, que vai precisar disso ou daquilo outro... É impossível! Entendeu?!  
(Profissional 01)

A compreensão do NASF como responsável pelo planejamento, organização e execução de grupos e atividades educativas, de modo complementar às atividades da equipe SF, não apareceu de modo isolado nas entrevistas, sendo tal compreensão recorrente, principalmente entre os profissionais de nível superior.

Eu entendi e vivenciei que elas [profissionais do NASF] vieram para somar. [...] No sentido do setor multiprofissional, cada um faz sua parte. Assim, a questão dos grupos, o NASF é quem está sempre à frente, entendeu?! Eu acho que é um trabalho em equipe, não tem como...

(Profissional 02)

Chama-nos a atenção o fato de o profissional denominar o trabalho do NASF juntamente com a equipe SF “multiprofissional” e “em equipe” e ao mesmo tempo fazer alusão a práticas isoladas dos profissionais, a exemplo da afirmação de que o NASF está à frente dos grupos e da referida frase: “cada um faz sua parte”. Dando continuidade à fala, o profissional ainda cita a prática do encaminhamento como uma ação decorrente de um trabalho em equipe, conforme se observa a seguir:

Aqui acontece o trabalho em equipe, cada um faz sua parte naqueles pacientes que tem, que são destinados para isso, entendeu?! Ou chega aqueles que não é de grupo, mas a gente vê a necessidade, na mesma hora encaminha para o NASF e acontece, está dando certo.

(Profissional 02)

Conforme assinala Gomes et al (2007, p. 19) com o advento do SUS e consolidação do Programa Saúde da Família no cenário nacional “a equipe multiprofissional deixou de ser um mero aspecto do organograma do setor e passou a ser um ponto estruturante do trabalho em equipe”. No entanto, diante dos enunciados, cabe-nos questionar: O que, afinal, os profissionais do SF entendem por trabalho em equipe?

Muito tem se discutido, nos últimos anos, acerca da temática, no entanto, nem sempre a realidade dos serviços corresponde ao que se propõe teoricamente, criando-se um hiato entre as discussões teóricas e a *práxis* em saúde. Como exemplo dessa realidade, vimos que o trabalho em equipe é concebido pelo entrevistado como uma superposição de profissionais, cada um ligado ao seu âmbito específico de conhecimento, os quais se tornam responsáveis pela compartimentalização do cuidado em saúde. Para Ceccim (2008) tal compreensão é resultante de um processo de educação formal, ainda hegemônico em grande parte das instituições de ensino responsáveis por formar profissionais de saúde, centrado no desenvolvimento de habilidades técnico científicas em detrimento das discussões relativas ao exercício profissional e à política do trabalho em saúde. Assim, para o autor,

Todo processo educacional deveria ser capaz de desenvolver as condições para o trabalho em conjunto dos profissionais de saúde, valorizando a necessária multiprofissionalidade para a composição de uma atenção que se desloque do eixo – recortado e reduzido – corporativo centrado, para o eixo – plural e complexo – usuário centrado (CECCIM, 2008, p. 261).



No que se refere especificamente aos processos de trabalho do NASF, toda sua organização fundamenta-se no desenvolvimento de ações conjuntas, tendo no conceito de integralidade uma contribuição importante para se evitar o risco de fragmentação das suas ações (BRASIL, 2010a). Cabe salientar que tal conceito tem assumido diferentes acepções, a partir da efetivação de práticas de saúde nos diversos cenários sociais, apresentando-se polissêmico e de difícil delimitação (MATTOS, 2001). Todavia, como nos aponta este último autor, numa primeira aproximação, podemos entender a integralidade como uma das diretrizes básicas do SUS que garante ao cidadão o direito de acesso a todas as esferas de atenção em saúde, contemplando, desde ações assistenciais até atividades inseridas nos âmbitos da prevenção de doenças e de promoção da saúde.

Segundo tal perspectiva, tal conceito pode referir-se tanto a uma resposta governamental aos problemas de saúde, ou às necessidades de grupos específicos - mediante implementação de políticas específicas -, quanto à cobertura de serviços em diferentes eixos, por meio de uma rede de serviços promotores de uma atenção integral, que vai desde ações de promoção, prevenção e tratamento, até reabilitação e cura. Por outro lado, o conceito também abarca a noção de abordagem integral do ser humano, levando em consideração seu contexto social, familiar, e cultural, com garantia de cuidado longitudinal (MATTOS, 2001).

Segundo esta última acepção, os usuários do serviço passam a ser vistos como “algo mais rico que o agente ou o objeto de uma ação técnica” (AYRES, 2001, p. 08), o que faz com que vislumbremos uma prática fundamentada em ideais éticos, afetivos e estético, numa compreensão mais ampla dos sentidos atribuídos ao fenômeno “estar doente”. Assim, propor práticas integrais de saúde pressupõe “ir além da doença e do sofrimento manifesto, buscando apreender necessidades mais abrangentes dos sujeitos” (ALVES, 2005, p. 42), o que exige reflexão a respeito das intervenções realizadas e o constante aperfeiçoamento das ações de saúde.

Nessa direção, “o princípio da integralidade é exercido por meio de um olhar atento, capaz de apreender as necessidades de ações de saúde no próprio contexto de cada encontro” (MATTOS, 2004, p. 1414), o que implica afirmar que

A integralidade da atenção supõe, entre outros, a ampliação e o desenvolvimento da dimensão cuidadora na prática dos profissionais de saúde, o que lhes possibilita tornar-se mais responsáveis pelos resultados das ações de atenção à saúde e mais capazes de acolher, estabelecer vínculos e dialogar com outras dimensões do processo saúde doença não inscritos no âmbito da epidemiologia e da clínica tradicional (CECCIM, 2004b, p. 1407).

Nessa direção, a integralidade é considerada, no âmbito normativo, a principal diretriz a ser exercida pelo NASF, devendo-se ser compreendida nos três sentidos propostos por Mattos (2001), ou seja, como abordagem integral do indivíduo, como organizador das práticas e serviços de saúde mediante integração das ações e, por fim, como diretriz de políticas específicas. Contudo, o contexto pesquisado acabou por apresentar uma realidade distinta da prevista no plano discursivo da política, marcada pela fragmentação do trabalho e do olhar em relação à saúde mental e por concepções equivocadas acerca do trabalho em equipe.

Ainda no que se refere à compreensão do papel do NASF no cuidado em saúde mental, pudemos observar em muitas entrevistas, assim como na observação da realidade, uma expectativa dos profissionais entrevistados de que o NASF realize atendimentos individuais, tornando-se uma equipe complementar responsável pelo atendimento da demanda relacionada às especialidades dos profissionais que o compõe. Todavia, do universo de entrevistados, apenas 1 (um) profissional aponta, de forma explícita, a questão do atendimento individual como uma modalidade de cuidado em saúde mental a ser desenvolvida pelo NASF, entendendo-a da seguinte forma:

Eu acho que deveria começar a dar mais resolutividade, fazer o atendimento mesmo. E como Atenção Primária, continuar educação em saúde. Ser tipo paralelo, atendimento e educação em saúde, eu acho que isso seria o ideal.  
(Profissional 03)

Os constantes alertas, no âmbito normativo, de que os NASF não se constituem equipes independentes, mas sim de apoio às equipes de SF (BRASIL, 2008), podem ter contribuído para o não aparecimento da questão do atendimento individual nos depoimentos dos profissionais, fazendo com que os mesmos reproduzissem, em suas falas, elementos do discurso oficial acerca do NASF. Dentre estes se encontra a questão da “orientação” como uma das principais atribuições do NASF, conforme relatos a seguir:

[...] eu penso assim... que o papel delas [profissionais do NASF] é orientar, né?! Orientar, trabalhar com a população também. [...] Então, eu vejo que o papel deles é fazer o que elas fazem só que o que falta é ir, sabe?! É ir até a casa para conhecer, para orientar, porque uma coisa é eu chegar para elas e passar que o paciente está sozinho... que o paciente está desassistido... que ninguém está cuidando do paciente e outra coisa é ela ir ver.  
(Profissional 09)

É só uma orientação! A gente vê que eles são somente orientação, até mesmo porque não tem suporte para isso [atendimento individual]. Mais eu acho que essas visitas deveriam acontecer mais, né?! Para ele [paciente com transtorno mental] levar esse tratamento até o fim... não desistir do tratamento, ser encaminhado para o CAPS, né?! Deveria ter uma atenção maior.  
(Profissional 10)

Mesmo enfocando a orientação como prática privilegiada do NASF, percebemos ao longo das falas uma expectativa, por parte dos ACS's, de que os profissionais que o compõe acompanhem as visitas domiciliares, no território. Tais depoimentos apresentam um confronto entre o que se coloca no âmbito normativo e os desejos decorrentes da *práxis*, na medida em os entrevistados colocam o seu entendimento acerca da proposta, porém, com as devidas considerações referentes às suas necessidades reais.

Ante a expectativa dos profissionais da equipe SF de que o NASF se responsabilize por atendimentos e visitas domiciliares, destacamos que, são frequentes, ao longo dos documentos que regulamentam a proposta, indicações de que as intervenções diretas do NASF frente a usuários e famílias podem ser realizadas, mas sempre sob encaminhamento das equipes de SF, com discussões e negociação *a priori* entre os profissionais responsáveis pelo caso.

Conforme discurso normativo da proposta, o atendimento direto e individualizado pelo NASF ocorrerá apenas em “situações extremamente necessárias” (BRASIL, 2010a, p. 20). A finalidade de tais alertas no âmbito do discurso oficial é evitar que os NASF reproduzam a mesma lógica departamental e fragmentária dos processos de trabalho a que se propõe superar, antecipando que o trabalho entre equipes NASF e SF se fundamentará na criação de espaços de discussão para gestão do cuidado e não na transferência de responsabilidade (BRASIL, 2010a), contribuindo assim, para o fortalecimento dos atributos da atenção básica, principalmente aqueles referentes ao seu papel de coordenadora do cuidado no âmbito do SUS (BRASIL, 2011c).

## **C.2 A legitimidade do NASF como importante avaliador dos casos de transtorno mental**

A participação do NASF na avaliação e diagnóstico dos casos de transtorno mental apareceu também como uma possibilidade de atuação do programa no âmbito da saúde mental, conforme relatos a seguir:

Eu tenho a minha limitação enquanto médica, por exemplo, em fazer uma avaliação psicológica, aquela avaliação diagnóstica mesmo. O NASF entraria com a visão do psicólogo, com a visão do assistente social, que a gente não tem, não adianta.  
(Profissional 02)

[...] Não sei te dizer ao certo, eu acho que teria que pensar junto para ver, mas eu acho que talvez a gente pudesse encaminhar e elas verem ééé... Porque assim, eu não tenho a experiência de uma psicóloga, eu não tenho a experiência de um fisioterapeuta... Tipo: eu detectar algum problema e eu encaminhar e elas fazerem a avaliação e a partir dessa avaliação ela ver se precisa agendar, se não, se não é nada,

se só educação em saúde resolve e assim vai. E que se fosse necessário fazer [atendimento especializado], que fizesse aqui, próximo da população, sem a população pegar ônibus, sem ter que entrar no sistema, sem ficar na fila de espera. (Profissional 03)

Nota-se que o papel do NASF na atividade sugerida pelos profissionais da ESF encontra-se atrelado ao parecer do especialista do programa diante dos casos de transtorno mental, legitimando o “poder” e domínio de determinadas especialidades no trato da patologia. Essa atribuição do NASF no âmbito da saúde mental mostrou-se presente tanto nas entrevistas dos profissionais de nível superior como nas dos ACS’s. Dentre estes, apenas 1 (um) entrevistado fez menção à prática de construção compartilhada de diagnóstico como uma possível ação a ser desenvolvida em conjunto pelo NASF e equipe SF, conforme consta no depoimento a seguir:

Eles seriam assim a triagem real, porque nós, agente comunitário, não podemos, nós não temos conhecimento para isso. Então eles teriam que fazer a avaliação do paciente, saber realmente qual a condição desse paciente, que tipo de transtorno ele tem para poder está encaminhando realmente eles [...] Então o que o profissional do NASF estaria fazendo? O que um agente comunitário faz sem ter formação. Só que o agente comunitário faz a primeira ponte, que é entre o posto e ele. Aí ele como tem já uma formação melhor, o que é que ele faria? Uma avaliação desse paciente. Para onde eu devo encaminhar? Eu devo está encaminhando ele para o CAPS, eu devo está encaminhando ele simplesmente para uma conversa no Posto... Porque ela [a psicóloga] tem, né?! [...] Então eles seriam assim fundamentais nisso, no trabalho de triagem das pessoas e cuidado em determinados casos, porque realmente eles podem cuidar, alguns casos eles mesmos resolvem. Eu não sei também como é o trabalho, mas assim, eu acho que dava para fazer uma micro avaliação junto com o agente comunitário.

(Profissional 04)

Assinalamos, sem delongas, em virtude de a discussão encontrar-se já posta, que, este profissional reconhece a prática de atendimento individual dos casos de transtorno mental como uma ação desenvolvida pelo NASF, referindo-se à mesma como “uma conversa no posto”. Desse modo, mesmo que a referida ação não tenha emergido diretamente na fala da maioria dos entrevistados, os dados da observação das atividades, ao que se somam colocações como esta, faz-nos corroborar o apego dos profissionais nos componentes normativos da proposta, em detrimento dos relativos à *práxis* vivenciada pelos mesmos.

No entanto, nosso interesse maior em tal narrativa, volta-se para a compreensão deste trabalhador do que seria, de fato, o papel da sua categoria profissional na “micro avaliação junto com o agente comunitário”, tendo em vista observamos, em momentos anteriores de sua fala, a atribuição ao NASF da responsabilidade pelo diagnóstico, tratamento e possível prática de encaminhamento dos pacientes com transtorno mental, inclusive conferindo ao programa o papel de realizar o que denomina “triagem real”.

A crença de não possuir “conhecimento para isso”, vinculada à noção de que o NASF possui “uma formação melhor” favorece a transferência do poder de diagnóstico e avaliação da equipe SF para o NASF, na medida em que os entrevistados consideram este mais “capacitado” para exercer tal função. Tal percepção acaba por atribuir, apenas a algumas categorias profissionais, comumente conhecidas por “psis”, competência técnica legitimada para a condução dos casos de transtorno mental, confluindo para a noção de *autonomia técnica* assinalada no trabalho de Bosi (1996) *Profissionalização e conhecimento: a nutrição em questão*. Neste, autonomia está vinculada à “capacidade de avaliar e controlar o desenvolvimento do trabalho” (BOSI, 1996, p. 51), residindo neste aspecto à essência do profissionalismo.

A consideração de não possuir conhecimento na área de saúde mental encontra-se presente tanto no trecho transcrito acima como em algumas falas anteriormente aludidas, legitimando a “loucura” como um saber, apontado por Foucault (2005, p. 21), permeado de fascínio justamente por tratar-se de “um saber difícil, fechado, esotérico”, passível de pouca compreensão.

Advertimos, no entanto, que a representação da “loucura” como um fenômeno complexo e de difícil entendimento não se constitui um fato recente, estando presente em muitos períodos da História da humanidade, refletindo o que Pessotti (1994) denomina “dificuldade teórica básica” do campo da Psiquiatria, a saber: “a de definir de modo inequívoco a loucura, distinguindo-a de outras alterações na vida mental e englobando, na definição, todas as formas possíveis da loucura” (PESSOTTI, 1994, p. 172). Tal dificuldade pode ser entendida como a principal responsável pela multiplicidade de classificação da loucura no século XIX, ainda vigente na atualidade, sob a forma de numerosos compêndios e formas diversas de se interpretar o diagnóstico psiquiátrico.

Conforme discussão colocada em capítulos anteriores, a “loucura” assumiu diferentes roupagens, ao longo das épocas, podendo-se distinguir três modelos teóricos, relativamente permanentes no curso de sua História (PESSOTTI, 1994). O primeiro deles, entende a “loucura” como o resultado da intervenção dos deuses, assumindo uma *Concepção trágica* do fenômeno. O segundo modelo teórico tem suas raízes na ascensão do cristianismo, sendo responsável pela *Concepção demonista* da “loucura”, em voga, principalmente na Idade Média. Ambas as acepções foram descritas no capítulo 1 (um) referente aos resultados desta dissertação, cabendo o nosso interesse aqui no terceiro modelo teórico, denominado *Conceito médico*, o qual confere às disfunções somáticas (organicista) a causa principal da “loucura”, mantendo assim relação com a discussão presente.

Atribui-se, a Philippe Pinel, com o Tratado Médico-filosófico sobre a Alienação Mental, no século XIX a inauguração da visão clínica da loucura, consagrando a Psiquiatria como especialidade médica (PESSOTTI, 1994; AMARANTE 1996). O objetivo, na época, era “transformar em atitude essencialmente médica, a observação do comportamento do paciente alienado” (PESSOTTI, 1994, p. 202), tornando a Psiquiatria um campo de conhecimento específico, no qual, segundo Foucault (2005, p. 15) a “loucura” se insere na dinâmica dos jogos acadêmicos, revelando-se “objeto de discursos”.

Nessa direção, a ascensão do Positivismo e das chamadas Ciências Naturais, no século XIX, contribuiu bastante para o enfoque científico da “loucura”, o qual passou a conviver, nas últimas décadas, com uma incipiente doutrina psicodinâmica, responsável por valorizar as experiências pessoais do paciente (PESSOTTI, 1994), demarcando assim, outros modos de se interpretar o fenômeno. No entanto, salienta-se que a introdução da influência de outras abordagens no campo da Psiquiatria não veio acompanhada de rupturas profundas no que tange ao paradigma psiquiátrico clássico, uma vez que o foco das ações permaneceu sendo o tratamento do indivíduo de base medicamentosa, moralizante e excludente, restrito ao espaço institucional asilar (AMARANTE, 1995).

Coube ao movimento de Reforma Psiquiátrica, em curso no Brasil e no mundo desde a década de 70/80, angariar avanços na área, os quais têm provocado, nas últimas décadas, modificações importantes no saber/fazer relativo ao campo da saúde mental (AMARANTE, 1995). Contudo, como nos aponta Oliveira, W. (2008, p. 39-40), a formação dos profissionais de Saúde Mental ainda se constitui um grande desafio, visto que o “profissional está, via de regra, à mercê de currículos que marginalizam a Saúde Mental e o submetem à psicopatologia tradicional, privilegiando procedimentos clínicos quase que exclusivamente aplicáveis a consultórios e ambulatórios tradicionais”.

Reside, em parte, neste aspecto, o entendimento dos profissionais entrevistados de que a equipe de especialistas do NASF está mais “apta” para o diagnóstico e avaliação dos casos de transtornos mentais da unidade, contribuindo assim para manutenção da divisão dos processos de trabalho, no âmbito do SUS. Outra possível razão estaria arraigada no fato de os profissionais não saberem lidar com a situação e/ou possuírem crenças moralizantes acerca do fenômeno “transtorno mental”, culminando com a recusa destes em fornecer atendimento à pessoa com problemas relacionados a tal temática, conforme depoimento a seguir:

São pessoas que assim... precisam de uma atenção eu acho que redobrada, né?! Não é todo profissional que sabe, pelo menos nós ACS's, às vezes a gente não sabe como

se portar diante dessas pessoas [...] Então eles, enquanto profissionais, né, especializados, é quem deveria fazer.  
(Profissional 09)

A análise da compreensão acima, bem como outros depoimentos aqui destacados, sugerem a predominância do modelo biomédico no cenário da atenção básica pesquisado, responsável em grande parte pelas distinções entre o que é da ordem do físico e do psíquico, reservando-se a alguns profissionais o direito de recusa em prestar assistência aos pacientes com transtorno mental, sob alegação de ser esta de responsabilidade da atenção especializada (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

Como nos aponta Campos e Domitti (2007) a departamentalização e superespecializações, em quase todas as áreas de conhecimento, torna-se um obstáculo estrutural ao desenvolvimento de ações interdisciplinares e dialógicas, comprometendo uma abordagem integral dos processos saúde/doença/cuidado, a exemplo da pretendida pela proposta NASF.

No que se refere à análise do âmbito normativo, assinalamos que dentre as ações previstas como diretriz geral de atuação do NASF no âmbito da atenção básica encontram-se: “identificar, acolher, e atender às demandas de saúde mental do território” (BRASIL, 2010a). Todavia, tais ações devem ser operacionalizadas mediante esforços criativos e conjunto entre equipe SF e NASF, buscando-se “evitar ações fragmentadas e aumentar a capacidade de acolhimento e de resolubilidade nesse nível de atenção” (BRASIL, 2010a, p. 37).

Gostaríamos de salientar que, com as discussões anteriormente colocadas, não pretendemos destituir o papel do NASF como importante articulador das atividades de diagnósticos, acolhimento e atenção dos casos de saúde mental, mas antes, apontar possíveis equívocos na compreensão da proposta por parte da equipe SF, reprodutores do modelo de atenção que se almeja superar.

O papel do NASF como responsável pelo diagnóstico e avaliação dos pacientes com transtorno mental apareceu ainda, no universo dos ACS's, como estando atrelado à prática de encaminhamento para internação psiquiátrica hospitalar, conforme se evidencia nos depoimentos abaixo:

[Pausa] Assim, eu acho que uma análise de caso, uma análise mais profunda do caso para, por exemplo, passar um encaminhamento para internação...  
(Profissional 11)

[...] conversando... ééé... ajudando. Porque está numa dificuldade danada deles arranjam vaga agora em hospital mental. Aí a família sofre porque quando o paciente está em crise... a família sofre. Aí a assistente social daqui ela pode está

entrando em contato com o hospital, para está ajudando, para vê se a família interna (Profissional 12)

Tais apreensões acerca do papel do NASF acabam por demonstrar pouca apropriação por parte dos ACS's dos princípios da Reforma Psiquiátrica, demonstrando a necessidade da criação de espaços de formação que contemplem toda a equipe SF, e em especial os ACS's, tendo em vista estes, conforme já colocado em outros momentos do trabalho, lidarem constantemente com a problemática e ao mesmo tempo serem carentes de formação específica na área de saúde mental (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

### **C.3 O “NASF articulador” da rede**

O papel do NASF como articulador, de modo a promover a integração entre equipe SF e demais serviços da rede, também apareceu, pontualmente, nos discursos dos profissionais entrevistados, surgindo apenas na entrevista de dois ACS's. Estes profissionais utilizam as palavras “ponte” e “elo” para fazer menção à função do NASF no cuidado em saúde mental na atenção básica, em sua articulação com o serviço CAPS, conforme se observa nos depoimentos a seguir:

O papel do NASF é ser a ponte entre o posto e as outras redes, no caso o CAPS, para muita gente que não tem [...] clínicas de tratamento, no caso de drogados. [...] Tem muita gente que não sabe que tem direito à carteirinha disso, a carteirinha daquilo, entendeu? Então elas servem para encaminhar, agilizar, esclarecer a população dessas coisas. De ponte. Acho que a palavra certa seria essa. A ponte. Ela [profissional do NASF] seria a ligação das pessoas com essas redes, que eu não posso. Eu vou para ela e ela vai para rede.  
(Profissional 04)

Eu acho que ter tipo assim um elo entre eles [equipe do NASF] e assim o CAPS, tá entendendo?! Já sabendo assim a história de cada um deles, porque o CAPS eles sabem, né?! Já tendo assim mais um elo entre o CAPS, o ACS e eles.  
(Profissional 06)

No que se refere à discussão sobre a articulação de dispositivos de saúde no âmbito do SUS, tem-se observado nos últimos anos um intenso movimento, por parte do Ministério da Saúde, em favor da estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde, aperfeiçoando assim, o funcionamento político-institucional do sistema (BRASIL, 2010b). Como parte deste esforço, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no final de 2011, com vistas à organização e reestruturação dos serviços de cuidado em saúde mental no âmbito do SUS.



Dentre os objetivos gerais da proposta temos a facilitação do acesso da população aos serviços de atenção psicossocial, a promoção da vinculação das pessoas com transtorno mental aos pontos de atenção e a garantia de articulação e integração dos pontos de atenção coexistentes na rede (BRASIL, 2011d). A RAPS é formada pelos serviços da Atenção Primária à Saúde (UBS/ESF/NASF), Atenção Psicossocial Especializada (CAPS, Ambulatórios), Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial.

À atenção básica, é atribuída a função de coordenar o cuidado em todos os pontos de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde das pessoas e das populações (BRASIL, 2010b). No âmbito da saúde mental, uma das atribuições da atenção básica consiste em, de modo articulado com as equipes dos CAPS, propor abordagens “conjuntas” para as pessoas com transtorno mental (BRASIL, 2011d). Em articulação com o NASF, a atenção básica poderá realizar também:

[...] consultas, ações de Promoção da Saúde, ações de educação em saúde junto ao Programa de Saúde na Escola (PSE), oficinas, ações de redução de danos, oferta de cuidados básicos em saúde, mobilização de rede social de cuidado (CRAS, CREAS), oferta de inserção na rede de atenção, etc. (FLACH, 2012).

Levando-se em consideração que a proposta da RAPS foi regulamentada apenas no final de 2011, após etapa de conclusão do trabalho de campo, torna-se justificável o não aparecimento da mesma no discurso dos profissionais. Contudo, chama-nos a atenção o fato de apenas dois entrevistados mencionarem outros dispositivos da rede com o qual o NASF poderia estabelecer parcerias, resumindo as possibilidades de articulação/integração entre os diversos componentes da rede ao serviço CAPS. Destaca-se ainda que, mesmo usando a terminologia “ponte” para expressar a relação do NASF com o CAPS, o profissional 04 atribui ao programa a função de encaminhar pacientes, não aparecendo em sua fala elementos de trabalhos “conjuntos”.

A própria noção de rede, discutida no capítulo referente ao marco conceitual da presente dissertação, designada como uma disposição de serviços de saúde distintos, complementares entre si (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008), conflui para a “desarticulação” dos serviços de saúde destinados às pessoas com transtorno mental. Na medida em que os profissionais dos serviços de atenção básica veem estas pessoas como “paciente do CAPS”, transferindo assim, a responsabilidade pela condução dos casos a este serviço, a equipe SF deixa de comprometer-se com o cuidado destes pacientes desconsiderando o seu papel de

coordenadora do cuidado e ordenadora da rede (BRASIL, 2010b). Nessa direção, o conceito de rede pode tanto funcionar como uma potente ferramenta de articulação e integração de serviços (sendo esta a proposta esperada) como também apresentar limitação no que se refere ao acesso, cuidado integral e acompanhamento longitudinal de usuários, fazendo-se necessário, problematizar os seus fundamentos e princípios; atividade esta nem sempre exercida por aqueles que demandam cuidado, profissionais de saúde, gestores, assim como acadêmicos e demais membros da sociedade.

Por fim, ressaltamos que, apesar de vários estudos apontarem a importância do desenvolvimento de ações de educação permanente, referentes ao âmbito da saúde mental, nos dispositivos da atenção básica (TANAKA; LAURISSEN-RIBEIRO, 2006; SILVEIRA; VIEIRA, 2009; VECCHIA; MARTINS, 2009; FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009; JUCÁ; NUNES; BARRETO, 2009) o papel do NASF como articulador de ações de educação permanente junto às equipes de SF apareceu de modo pontual ao longo da pesquisa, sendo citada apenas por 1 (um) ACS, que assim entende a função do programa:

Chegar a fazer mais reuniões com a gente para orientar melhor. Quais as providências que a gente deve tomar quando fizer essa busca ativa e encontrar um caso? Principalmente de doença mental, que é uma coisa, para mim, particularmente desconhecida. Por que eu sei que uma pessoa tem problema mental? Porque ela está babando... porque ela está gritando? Então, ter mais, assim, tipo cursos, pequenos cursos, NASF e ACS, para que a gente possa realmente ter um conhecimento de como a gente deve passar essa orientação, como a gente tem o conhecimento de diabéticos, de gestantes...  
(Profissional 11)

A proposta vinculada ao NASF, de formação dos profissionais de saúde, encontra-se consonante com o modelo de projeto educativo defendido por Ceccim e Feuerwerker (2004a), no qual a educação extrapola o domínio técnico-científico da profissão, desdobrando-se em

aspectos estruturantes de relações e de práticas em todos os componentes de interesse ou relevância social que contribuam à elevação da qualidade da saúde da população, tanto no enfrentamento dos aspectos epidemiológicos do processo saúde-doença, quanto nos aspectos de organização da gestão setorial e estruturação do cuidado à saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a, p. 42).

Trata-se de uma proposta que, para além do intuito de formar profissionais para a área da saúde, almeja formar para o SUS, apoiando-se, para tanto, no conceito de “*quadrilátero da formação*”, o qual envolve o ensino, a gestão, a atenção e o controle social, culminando em uma proposta de educação em serviço/educação permanente em saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

Partindo de tal noção, os processos de qualificação profissional passam a ser orientados pelas necessidades de saúde das pessoas e das populações, fundamentando-se, principalmente na reflexão crítica das práticas vivenciadas pelos profissionais no cotidiano dos serviços, o que exige a criação e valorização de espaços coletivos e práticas de cogestão entre os diferentes atores (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Por fim, gostaríamos de encerrar a exposição dos resultados chamando atenção para o fato dos diversos relatos aqui apresentados corroborarem a necessidade de se problematizar desde ações prioritárias, objetivos e metas, até critérios de acionamento e ferramentas de cuidado a serem privilegiadas no trabalho conjunto a ser desenvolvido pelo NASF e equipe SF (BRASIL, 2010a). Com a discussão e pactuação de tais aspectos, espera-se equacionar dúvidas, expectativas equivocadas e insatisfações dos profissionais das equipes quanto às atribuições e responsabilidades dos membros que as compõe, tarefa esta indispensável à etapa de consagração de estratégias inovadoras, assim como se pretendem o NASF e a ESF.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“De fato, nada aprendi sem que tenha partido, nem ensinei ninguém sem convidá-lo a deixar o ninho.”

(Michel Serres)

Ainda na introdução da presente dissertação, assumimos ser este trabalho uma “versão” dos encontros intersubjetivos entre pesquisadores, teorias e realidade empírica, demarcando a nossa despretensão em apresentar “verdades inquestionáveis” acerca das experiências analisadas. Aliada a esta questão, procuramos também operacionalizar a noção de *reflexividade* (FLICK, 2009a; 2009b; BOURDIEU, 2004), no decorrer da elaboração da referida versão, entendida como postura que reconhece e valoriza a produção subjetiva envolta no processo de construção do conhecimento.

Como parte deste intento, introduzimos, ao longo dos capítulos que constituem a presente dissertação, pensamentos e reflexões da obra *Filosofia Mestiça*, do filósofo Michel Serres, com os quais esperávamos situar a questão da construção do conhecimento/saber como resultado da “*abertura para o outro*”.

Para falar do *lugar mestiço*, traduzido também como *terceiro, outro, estranho*, que os processos de aprendizagem deveriam proporcionar (em oposição às metodologias rígidas), o referido autor utiliza-se da metáfora da travessia de um rio reproduzida, em síntese, da seguinte forma:

Ninguém sabe nadar de fato antes de ter atravessado, sozinho, um rio largo e impetuoso, um braço de mar agitado. [...] Parta, mergulhe. A verdadeira passagem ocorre no meio. [...] o corpo que atravessa aprende certamente um segundo mundo, aquele para o qual se dirige, onde se fala outra língua. Mas ele se inicia, sobretudo, num terceiro, pelo qual transita. Quem não se mexe nada aprende (SERRES, 1993, p. 11).

Na concepção deste autor, a aprendizagem resultaria desse lançar-se para o novo, acolhendo a diversidade, de modo a se criar o inusitado, o terceiro (que não é mais o ponto de origem, nem a chegada, é o “entre”, entendido aqui como o vívido, o experienciado). Portanto, concordando com Serres (1993), mais do que constatações e conhecimentos verossímeis, a experiência de Mestrado aqui apresentada revelou elaborações principiantes, indagações, inquietações, próprias dos rituais de passagem tão bem apresentados pelo autor, as quais refletem uma recente aproximação com este campo de discussão, no qual, certamente, continuarei a “atravessar”.

Sem a pretensão de sermos exaustivas, gostaríamos de concluir esta dissertação resgatando os principais resultados autorizados pela investigação, de modo a sublinhar os achados que melhor situa a compreensão do *lugar do NASF no cuidado em saúde mental* no cenário da atenção básica pesquisado.

Inicialmente, salientamos que o contato com a realidade empírica acabou por indicar certo distanciamento da equipe SF em relação à temática “Saúde Mental”, verificado mediante predomínio de práticas de saúde limitadas à renovação de receituário antigo e ao encaminhamento de pacientes para profissionais que possuem maior familiaridade com a problemática e/ou para serviços especializados.

A análise da totalidade do material discursivo da equipe indicou ainda a preponderância de ações em saúde mental, realizadas pelos profissionais de nível superior, no lócus da unidade básica, apresentando uma tendência à produção do cuidado em saúde mental através de ações intramuros, ao passo que os ACS's reportam, com maior frequência, situações/ações relacionadas ao mundo externo, experienciadas no território.

Inserido nesse cenário, constatamos ainda um processo incipiente de experiência em saúde mental realizadas em parceria pelos profissionais da equipe SF e equipe NASF, resumido à prática de encaminhamento de pacientes, por parte da equipe SF, para avaliação e parecer de um profissional do NASF, a participação conjunta (apenas dos profissionais de nível superior e NASF) na reunião do matriciamento e levantamento dos casos de transtornos mental e realização de visitas domiciliares, feitas em parceria com os ACS's. Destaca-se aqui que, a atividade de apoio matricial não contempla todos os profissionais da equipe SF, de modo que os ACS's não participam das reuniões. Aliado a isto, cabe pontuar também que o Apoio Matricial, no cenário estudado, encontra-se em fase de estruturação, o que implicará um tempo maior para se avaliar o impacto real de tal ferramenta de cuidado em saúde mental desenvolvida em parceria por CAPS, equipe SF e NASF.

Chamou-nos a atenção o fato de muitas atividades mencionadas pelos participantes do estudo reforçarem a lógica do encaminhamento, seja por parte do médico, do enfermeiro ou do próprio ACS, para a equipe de especialistas do NASF. Aliado a isto, muitos trabalhadores anseiam que o NASF realize atendimentos individuais e/ou atividades de saúde de modo complementar/paralelo às ações de saúde da equipe SF, o que contribui para a fragmentação do trabalho e do olhar em relação à saúde mental no cenário pesquisado.

Mais especificamente em relação à compreensão, por parte dos profissionais entrevistados, do lugar do NASF no cuidado em saúde mental na atenção básica, vimos emergir acepções que vinculam o programa ao planejamento, organização e execução de

grupos e atividades educativas, bem como à análise diagnóstica, por parte dos profissionais do NASF, dos casos de transtorno mental. Apareceram ainda, em menor proporção, noções que atribuem ao NASF o papel de articulador da rede de serviços, a exemplo do estabelecimento de contato com os CAPS's.

Sublinhamos que, ante o ineditismo da proposta, foi possível constatar, durante a análise dos resultados, a presença de dúvidas, incertezas e expectativas equivocadas por parte da maioria dos profissionais da equipe SF acerca do papel do NASF, de modo que muitos apresentaram dificuldades na delimitação das ações de saúde mental operacionalizáveis pelo programa, aludindo uma insipiente apropriação da proposta NASF pela equipe SF, principalmente no tocante as ações de saúde mental.

Apesar disto, salienta-se que os profissionais admitem estar satisfeitos com as ações desenvolvidas pelo NASF, muito embora tenham sido observadas experiências e falas que se contrapõem a esta satisfação, a exemplo do desejo que o NASF realize atendimento individual e esteja mais presente nas visitas domiciliares. Assim, reconhecemos um confronto entre o que se coloca no âmbito normativo e os desejos decorrentes da *práxis*, na medida em que os entrevistados colocam o seu entendimento referente à proposta, porém, com as devidas considerações sobre as suas necessidades reais.

Assim, os resultados do estudo acabaram por sinalizar pouca interação entre os profissionais das equipes NASF e SF, legitimada na predominância de experiências marcadas pela fragmentação do trabalho e do olhar em relação à saúde mental e por concepções equivocadas acerca do trabalho em equipe. Diante de tal constatação, o papel do NASF como importante articulador/facilitador da criação de espaços de formação na equipe, de modo a impulsionar ações de educação permanentes com foco na dinâmica e realidades do serviço, parece ratificar a necessidade de se problematizar, nas equipes, objetivos, metas, ferramentas de trabalho e lógica de funcionamento a serem privilegiadas no trabalho conjunto a ser desenvolvido pelo NASF e equipe SF.

Com tal ação espera-se equacionar desencontros, insatisfação e possíveis modos de culpabilização mútua entre as equipes, tendo em vista os dados da pesquisa sugerirem um momento de apropriação da proposta NASF pela equipe SF, aquela implantada, no momento da pesquisa, há aproximadamente 2 (dois) anos no município de Fortaleza-CE. Apesar disto, reconhece-se que o processo já se encontra em curso, ou seja, compreende-se que a implantação do programa está se viabilizando na medida em que a própria aproximação entre as equipes NASF e SF, no cotidiano da ESF, desponta como uma possibilidade de

impulsionar as potencialidades criativas dos trabalhos coletivos para o enfrentamento dos desafios que se impõem às equipes.

A perspectiva compreensiva norteadora da presente investigação permitiu ainda que analisássemos as concepções dos participantes da pesquisa relativas ao fenômeno “Saúde Mental”, bem como práticas comumente vivenciadas no cotidiano do serviço de atenção básica pesquisado, chamando-nos à atenção o uso frequente, por parte dos profissionais entrevistados, de acepções que vinculam a “Saúde Mental” à noção de “Doença Mental”, forjando modos de se “perceber” a saúde mental na atenção básica apenas como expressão de sinais e sintomas pertencentes aos quadros de “transtornos graves e persistentes”.

A predominância de uma visão negativa e estereotipada da pessoa com transtorno mental (considerada *sem razão/sem juízo, agressiva*, e por isso, *perigosa e incapaz de viver em sociedade*) também emergiu nos depoimentos dos entrevistados, indicando assim, a necessidade da criação de espaços de formação relativos à “Saúde Mental” que contemplem toda a equipe de SF, haja vista considerarmos tal atitude resultado do desconhecimento por parte da maioria dos profissionais entrevistados dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e da Política de Saúde Mental em curso no Brasil, bem como da centralidade vigente nos currículos de formação profissional de assuntos e temas de domínios da psicopatologia tradicional e/ou até mesmo inexistência de espaços de formação que contemple a temática, situação vivida por muitos ACS’s.

Tendo em vista a confirmação de que tal segmento de trabalhadores possui um contato maior com a problemática, sugerimos um cuidado especial em relação aos espaços de formação destinados a estes profissionais, os quais além de conhecimentos e questões teóricas, devem considerar a escuta de experiências e sentimentos vivenciados por esses agentes diante da aproximação com a temática.

No que se refere aos processos formativos dos participantes do estudo, conferimos relevância ao papel do NASF no desenvolvimento de ações de educação permanente junto à equipe SF vinculada, mediante discussões de temáticas relativas à “Saúde Mental” por consideramos ser possíveis novas conformações no saber/fazer relativo ao campo da saúde mental.

Desse modo, destacamos que o desafio continua sendo a atuação conjunta, integrada e intersetorial entre NASF e ESF, principalmente no que tange a uma concepção ampliada de saúde, integral e compartilhada, defendida pelo SUS. Para que esta ocorra, torna-se imprescindível não só presença de diferentes formações profissionais, mas também a garantia

da existência de espaços coletivos para discussões, planejamentos, pactuações e avaliações dos processos de trabalhos conjuntos.

Assim, torna-se urgente o desenvolvimento de mecanismo de articulação/integração, no cenário pesquisado, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, como também as capacidades resolutivas e criativas dos membros das equipes, em um processo retroalimentado e transdisciplinar, nos quais os encontros entre os núcleos de competência profissionais específicos cedam lugar, progressivamente, ao campo comum de competências, ampliando assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe.

Por fim, gostaríamos de assinalar que, no decorrer do desenvolvimento dessa pesquisa, outras questões emergiram ao longo do processo dialético de construção do conhecimento, ficando estas como sugestões para futuros trabalhos, a serem desenvolvidos tanto pelos integrantes do LAPQS como por outros pesquisadores, dando assim, continuidade à investigação no campo da Saúde Mental. Em tal mote destacamos o fato de não termos abarcado todo o universo do serviço de saúde, trabalhando apenas com 1 (uma) equipe das 3 (três) atualmente em curso. Aliado a isto, apontamos a restrição da pesquisa à realidade específica de uma Regional e de uma unidade em particular, o que não nos possibilitou a apreensão da real situação da problemática nos demais territórios de Fortaleza-CE, limitando uma análise na perspectiva de *rede*.

As opiniões dos gestores municipais, coordenadores de serviço, bem como as dos profissionais do NASF, atores considerados de suma relevância para o entendimento do fenômeno, também não foram acessadas, ficando como possíveis desdobramentos deste estudo.

Feitas tais considerações, gostaríamos de concluir chamando atenção para a importância de se problematizar a avaliação de programas e serviços de saúde como ferramenta promotora de mudanças no processo de implantação/implementação de estratégias inovadoras, como se pretendem o NASF e a ESF. Nesse universo, atribui-se um papel relevante aos estudos de natureza qualitativa, alinhados à vertente crítico interpretativa, tendo em vista os trabalhos fundamentados em tal enfoque funcionarem como uma potente via de legitimação e valorização da produção subjetiva envolta no processo de construção do conhecimento.



## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.** (Botucatu) [On Line], v. 8, n. 15, p. 259-274, mar./ago. 2004.

ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001. Disponível em: <[http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=25&infolid=185&tpl=view\\_participantes](http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=25&infolid=185&tpl=view_participantes)>. Acesso em 10 dez 2003.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface: Comunic., Saúde, Educ.** (Botucatu) [On Line], v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004/fev. 2005.

AMARANTE, P. D. de C. (Coord.) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

\_\_\_\_\_. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

\_\_\_\_\_. (Clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Coord.) **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ANDRADE, A.; ARAÚJO, M. Paradoxo das Políticas Públicas: Programa de Saúde da Família. In: TRINDADE, Z. A.; ANDRADE, A. N. **Psicologia e Saúde: um campo em construção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 73-87.

ANDRADE, A. N. de; MORATO, H. T. P. Para uma Dimensão Ética da Prática psicológica em Instituições. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 9, n. 2, p. 345-353, 2004.

ARRUDA, C. A. M. **Qualidade dos serviços e satisfação dos usuários (as): explorando experiências no espaço da atenção básica no Município de Fortaleza/Ceará**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva** [On Line], v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BOSI, M. L. M. **Profissionalização e conhecimento: a nutrição em questão**. São Paulo: Hucitec, 1996.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

BOSI, M. L. M.; CARVALHO, L. B.; SOBREIRA, M. A. A.; XIMENES, V. M.; LIBERATO, M. T. C.; GODOY, M. G. C. Inovação em saúde mental: subsídios à construção de práticas inovadoras e modelos avaliativos multidimensionais. **Physis** [On Line], v. 21, n. 4, p. 1231-1252, 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n4/a03v21n4.pdf>>. Acesso em 20 jun. 2012.

BOURDIEU, P. O Campo Científico [1976]. In: ORTIZ, R. (Org.). **Pierre Bourdieu – Sociologia**. São Paulo: Ática, 1983. p.122-155. Disponível em:<[http://www.bresserpereira.org.br/Terceiros/Cursos/2010/2010\\_O\\_campo\\_cientifico.pdf](http://www.bresserpereira.org.br/Terceiros/Cursos/2010/2010_O_campo_cientifico.pdf)>. Acesso: 10 nov. 2010.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Tradução Fernando Tomaz, 7. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

BRAIDA, C. R [1995]. Apresentação. In: SCHLEIERMACHER, F. D. E. **Hermenêutica: arte e técnica da interpretação**. Tradução e interpretação Celso Reni Braida. 8 ed. Petrópolis, RJ: Vozes; São Paulo, SP: Editora Universitária São Francisco, 2010.

BRASIL. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 19 set. 1990. Disponível em:<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em 20 jan. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em:<[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf)>. Acesso em 20 mar. 2010.

\_\_\_\_\_. **Lei nº. 10.216 de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 6 abr. 2001. Disponível em:<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm)>. Acesso em 08 jan. 2011.

\_\_\_\_\_. **Normas Aplicáveis ao CAPS**. Portaria nº336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários/Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a. Disponível em:<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em 08 jan. de 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. **Profissionalização de auxiliares de enfermagem: cadernos do aluno: saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003b. Disponível em:<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pae\\_cad7.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pae_cad7.pdf)>. Acesso em 10 jun. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/SM\\_Sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf)>. Acesso em: 08 jan. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: a clínica ampliada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)>. Acesso em: 27 fev. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, 24 jan. 2008. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154\\_24\\_01\\_08.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf)>. Acesso em: 10 jan. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24134](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134)>. Acesso em: 20 mai 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 30 dez. 2010b. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>>. Acesso em: 02 jun. 2012.

\_\_\_\_\_. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. In: MORAES, A. de (Org.). **Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988**. 34. ed. São Paulo: Atlas, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**: regulamentação da Lei nº 8.080. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a

organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em: < [http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-\[5046-041111-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-[5046-041111-SES-MT].pdf) >. Acesso em 20 maio 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 23 dez. 2011d. Disponível em: < <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html> >. Acesso em: 02 jun. 2012.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental em Dados - 10**, Ano VII, nº 10, março de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 28p. Disponível em: <[www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental)>. Acesso em: 10 jun. 2012.

CAMPOS C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 8 n. 2, p. 569-84, 2003.

CAMPOS, G. W. de S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva** [On Line], v. 4, n. 2, p. 393-404, 1999.

\_\_\_\_\_. **Um método para a análise e cogestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

\_\_\_\_\_. **Saúde Paidéia**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. de S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1966.

CECCIM, R. B. Equipe de Saúde: a perspectiva entre disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.) **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2008. p. 261-280.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physys: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 01, p. 41-65, 2004a.

\_\_\_\_\_. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004b.

CENTRO DE INFORMAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – UNIC Rio. **Novas orientações da ONU visam simplificar tratamento de transtornos mentais**. 2010. Disponível em:< <http://unicrio.org.br/novas-orientacoes-da-onu-visam-simplificar-tratamento-de-transtornos-mentais/>>. Acesso em 20 abr. 2012.

CHINELLI, F.; LACERDA, A.; VIEIRA, M. A reconfiguração gerencial do Estado brasileiro e os trabalhadores da saúde nos anos 1990. In: VIEIRA, M.; DURÃO, A. V.; LOPES, M. R. (Org.). **Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011. p. 33- 78.

CONTANDRIOPOULOS, A-P; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J-L.; PINEAULT, R. A Avaliação na Área de Saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M de A. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 29-47.

COSTA, G. D.; COTTA, R. M. M.; FERREIRA, M de L. da S. M.; REIS, J.; FRANCESCHINI, S. do C. C. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 62, n. 1, p. 113-118, 2009. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672009000100017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100017)>. Acesso em: 20 jun. 2012.

COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 5. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C.; 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.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2003.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DENZIN, N. K. **The Research Act: a theoretical introduction to sociological methods**. [s. l.]: Englewood Cliffs, N. J., Prentice Hall, 1989.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: \_\_\_\_\_ (Orgs). **O Planejamento da Pesquisa Qualitativa: teorias e abordagens**. Tradução de Sandra Regina Netz. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 15-41.

DEPRAZ, N. **Compreender Husserl**. Tradução Fábio dos Santos. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n.1, p. 103-107, 1997.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde – notas teóricas. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. p. 99-120.

DESLAURIERS, J.-P; KÉRISIT, M. O delineamento de pesquisa qualitativa. In: POUPART, J. et al. **A Pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Tradução de Ana Cristina Nasser. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. p. 127-153.

DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A. K.; BRITO, M.; PIMENTA, A. L.; MEDEIROS, V.; BEZERRA, E. O apoio matricial em unidade de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 01, p. 63-74, 2009.

DUARTE, T. A possibilidade da investigação a 3: reflexões sobre triangulação (metodológica). **CIES e-Working Papers nº 60/2009**, Lisboa - Portugal, 2009. Disponível em: <[http://www.cies.iscte.pt/destaques/documents/CIES-WP60\\_Duarte\\_003.pdf](http://www.cies.iscte.pt/destaques/documents/CIES-WP60_Duarte_003.pdf)>. Acesso em: 14 out. 2010.

FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO CAMPOS, R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. **Ciênc. Saúde Coletiva** [On Line], v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009.

FLACH, P. M. Von. **Rede de Atenção Psicossocial**. Disponível em: <[https://twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/CursoGerenciamentoCasos/AulaPatriciaFlach\\_portaria3088.pdf](https://twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/CursoGerenciamentoCasos/AulaPatriciaFlach_portaria3088.pdf)>. Acesso em: 01 jul. 2012.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução de Joice Elias Costa. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009a.

FLICK, U. **Qualidade na pesquisa qualitativa**. Tradução Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009b.

FONTES, B. A. S. M. Sobre trajetórias de sociabilidade: a ideia de rede de saúde comunitária. In: MARTINS, P. H.; FONTES, B. **Redes Sociais e Saúde: novas possibilidades teóricas**. Recife: Universitária, 2004. p. 121-142.

FONTINELE JÚNIOR, K. **Programa Saúde da Família (PSF) comentado**. Goiânia: AB, 2003.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2006: saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado**. Fortaleza: SMS, 2007.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. **Prefeitura inaugura Oca de Saúde Comunitária** [On Line]. 03 dez. 2008. Disponível em: <[http://www.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=9783](http://www.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=9783)>. Acesso em: 20 jun. 2012.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal. **Regional do Centro** [On Line]. 2010a. Disponível em: <[http://www.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=13349&Itemid=434](http://www.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=13349&Itemid=434)>. Acesso em: 20 set. 2011.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal 2010-2013: uma construção coletiva**. Fortaleza: SMS, 2010b.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal: município de Fortaleza-CE. **Relatório do mês de agosto de 2011**. Fortaleza: SMS, 2011.

FORTES, S.; VILLANO, L. A. B.; LOPES, C. S. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Psiquiatr.** [On Line], v. 30, n. 1, p. 32-37, 2007.

FOUCAULT, M. **História da Loucura: na Idade Clássica**. Tradução José Teixeira Coelho Neto. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

FRANCO, L.; LANCETTI, A. Quatro observações sobre as parcerias. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde Loucura – Saúde Mental e Saúde da Família**. 2. ed. [s. l.]: Hucitec, 2001. p. 103-107.

FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS R.A. (Orgs.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

FURTADO, P. J. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva** [On Line], v. 6, n.1, p. 165-181, 2001.

GADAMER, H. G [1900-2002]. **Hermenêutica em retrospectiva**. Tradução Marco Antônio Casanova. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

GADAMER, H. G [1900-2002]. **Verdade e Método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. Tradução de Flávio Paulo Meurer/Revisão da tradução Enio Paulo Giachini. 10. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

GIORDANI, M. C. Heidegger, o filósofo em busca do sentido do ser. In: GIORDANI, M. C. **Iniciação ao existencialismo**. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

GIRÃO, I. Fortaleza é a 5ª capital mais populosa do Brasil. **Diário do Nordeste** [On Line]. 2010. Disponível em: <<http://diarionordeste.globo.com/materia.asp?codigo=879625>>. Acesso em: 20 set. 2011.

GOMES, R. da S. et al; Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; BARROS DE BARROS, M. E. (Orgs.). **Trabalho em Equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 19-35.

HARTZ, Z. M. de A.; CONTANDRIOPOULOS, A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 331-336, 2004.

HARTZ, Z. M de A. Explorando Novos Caminhos na Pesquisa Avaliativa das Ações de Saúde. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 19-28.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Tradução Claudia Buchweitz e Pedro M. Garcez. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em:<  
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2011.

JUCÁ, V. J. dos S.; NUNES, M. de O.; BARRETO, S. G. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciênc. Saúde Coletiva** [On Line], v. 14, n.1, p. 173-182, 2009.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LANCETTI, A. Saúde Mental nas entranhas da metrópole. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde Loucura – Saúde Mental e Saúde da Família**. 2. ed. [s. l]: Hucitec, 2001. p. 11-52.

\_\_\_\_\_. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2008.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p. 615-635.

LAPLANTINE, F. **Aprender Antropologia**. Tradução Marie-Agnes Chauvel. São Paulo: Brasiliense, 2007.

LEVAV, I.; LIMA, B. R.; LENNON, M. S.; KRAMER, M.; GONZALEZ, R. Salud mental para todos em América Latina y el Caribe: bases epidemiológicas para la acción. **Boletín de La Oficina Sanitaria Pan-Americana**, v. 3, n. 107, p. 196-219, 1989.

LIMA, M.; JUCA, V. J. dos S. e SANTOS, L. Produção de subjetividade e estratégias de inserção social para usuários em um Centro de Atenção Psicossocial, na Bahia. **Mental** [On Line], v. 9, n.16, p. 303-326, 2011.

LUCCHESI, R.; OLIVEIRA, A. G. B. de; CONCIANI, M. E.; MARCON, S. R. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2033-2042, 2009.

LUZ, M. T. **Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

MACHADO, L. D; LAVRADOR, M. C. C. Por uma clínica da expansão da vida. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 13, n. 01, p. 515-521, 2009.



MACIEL, S. C.; BARROS, D. R.; CAMINO, L. F.; MELO, J. R. F. de. Representações sociais de familiares acerca da loucura e do hospital psiquiátrico. **Temas em Psicologia**, v. 9, n. 1, p. 193-204, 2011.

MÂNGIA, E. F.; LANCMAN, S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. **Rev. Ter. Ocup. Univ.** São Paulo, v. 19, n. 2, p. i, maio/ago, 2008.

MARTINES, W. R. V. **Compreendendo o processo de sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa Saúde da Família**. 2005. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

MARTINS, M. F. Práxis e "catarsis" como referências avaliativas das ações educacionais das ONG'S, dos sindicatos e dos partidos políticos. **Avaliação** (Campinas), v. 16, n. 3, p. 533-558, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/aval/v16n3/v16n1a03.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2012.

MARTINS, P. H.; FONTES, B. **Redes Sociais e Saúde**: novas possibilidades teóricas. Recife: Universitária, 2004.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001. p. 39-64.

\_\_\_\_\_. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1411-6, 2004.

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.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERCADO, F. J.; HERNÁNDEZ, N.; TEJADA, L. M.; SPRINGETT, J.; CALVO, A. Avaliação de políticas e programas de saúde: enfoques emergentes na Ibero América no início do século XXI. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde**: enfoques emergentes. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006. p. 24-62.

MINAYO, M. C. de S. Ciência, Técnica e Arte: o desafio da pesquisa social. In: \_\_\_\_\_ (Org.). DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 23. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p. 9-29.

MINAYO, M. C. de S. Hermenêutica-Dialética como caminho do pensamento social. In: \_\_\_\_\_ MINAYO, M. C. de S; DESLANDES, S. F. (Orgs.). **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MONKEN, M.; PEITER, P.; BARCELLOS C.; ROJAS, L. I.; NAVARRO, M.; GONDIM, G. M. M.; GRACIE, R. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: Carvalho A. (Org.). **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

MORIN, E. **A cabeça bem feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. Tradução Eloá Jacobina. 5. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

MOURA, E. R. F., SOUSA, R. A. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do programa saúde da família?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 16, p. 1809-1811, nov./dez. 2002.

NOVAES, H. M. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-559, out. 2000.

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.

OLIVEIRA, G. N. de. **O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008.

OLIVEIRA, W. F. Algumas Reflexões sobre as bases conceituais da Saúde Mental e a Formação do Profissional de Saúde Mental no Contexto da Promoção da Saúde. **Saúde em Debate**, v. 32, n. 78, p. 38-48, 2008. Disponível em: <[http://observasaude.fundap.sp.gov.br/BibliotecaPortal/Acervo/Sa%C3%BAde%20Mental/Revista%20Sa%C3%BAde%20em%20Debate\\_Sa%C3%BAde%20mental\\_%20v.32\\_n%2078-79-80\\_jan\\_%20dez\\_2008.pdf](http://observasaude.fundap.sp.gov.br/BibliotecaPortal/Acervo/Sa%C3%BAde%20Mental/Revista%20Sa%C3%BAde%20em%20Debate_Sa%C3%BAde%20mental_%20v.32_n%2078-79-80_jan_%20dez_2008.pdf)>. Acesso em: 27 mai. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (OMS/UNICEF). **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma Ata, URSS, 6-12 set. 1978. Disponível em:<<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OMS/OPAS). **Declaração de Caracas**. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Caracas, Venezuela, 14 nov. 1990. Disponível em:<<http://www.mp.ap.gov.br/arquivos/IForum/arquivos/declaracaocaracas.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2011.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuições para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

\_\_\_\_\_. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

\_\_\_\_\_. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z., ALMEIDA-FILHO, N. (Org.) **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

PALMER, R. E. **Hermenêutica**. Tradução Maria Luísa Ribeiro Ferreira. [s. l.]: Edições 70, 1969.

PASSOS, E.; BENEVIDES DE BARROS, R. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: Teor. e Pesq**, v. 16, n. 01, p. 71-79, 2000. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v16n1/4390.pdf>>. Acesso em 20 nov. 2009.

PASSOS, E.; BENEVIDES DE BARROS, R. Por uma política da narratividade. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PEREIRA, M. A. O.; BARBIERI, L.; PRACIANO DE PAULA, V.; FRANCO, M. dos S. P. Saúde mental no Programa de Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. **Rev. Esc. Enferm USP**, v. 41, n. 04, p. 567-572, 2007.

PESSOTTI, I. **A loucura e as épocas**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

PIRES, A. P. Sobre algumas questões epistemológicas de uma metodologia geral para as ciências sociais. In: POUPART, J. et al. **A Pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Tradução de Ana Cristina Nasser. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010, p. 43-94.

PITTA, A. M. F (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

\_\_\_\_\_. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 16, p. 4579-4589, 2011.

PINHEIRO, R. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re) pensar a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: PINHEIRO R.; MATTOS R. A. de. (Org.) **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2009. p. 15-28.

POUPART, J. A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: \_\_\_\_\_ et al. **A Pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Tradução de Ana Cristina Nasser. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. p. 215-253.

REALE, G. Martin Heidegger: da fenomenologia ao existencialismo. In: Reale, G.; Antiseri, D. **História da Filosofia, 6: de Nietzsche à Escola de Frankfurt**. Tradução de Ivo Storniolo. São Paulo: Paulus, 2000.

RICOEUR, P. **Do texto à ação: ensaios de Hermenêutica II**. Tradução Alcino Cartaxo e Maria José Sarabando. Porto: Rés Editora, 1989.

ROESE, A; LOPES, M. J. M. A visita domiciliar como instrumento de coleta de dados de pesquisa e vigilância em saúde: relato de experiência. **Rev. Gaúch. Enferm.**, v. 25, n. 01, p. 98-111, 2004.

ROSA, W. de A. G.; LABATE, R. C. A contribuição da saúde mental para o desenvolvimento do PSF. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 53, p. 230-235, 2003.

\_\_\_\_\_. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, nov./dez. 2005.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais da saúde, gestores e usuários. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 23-34, 2008.

SAMAJA, J. La combinacion de métodos: pasos para una comprension dialectica del trabajo interdisciplinario. **Educ. Med. Salud**, v. 26, n. 1, p. 4-34, 1992. Disponível em:<<http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/10432.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2010.

SANDUVETTE, V. Sobre como e por que construir, (re) construir e avaliar projetos terapêuticos nos centros de atenção psicossocial (CAPS). **Psicologia USP**, v. 18, n. 1, p.83-100, 2007. Disponível em:<<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/psicosp/v18n1/v18n1a05.pdf>>. Acesso em 15 de abr. de 2012.

SANTOS, B. de S. **Um discurso sobre as ciências**. 15. ed. Porto: Edições Afrontamento, 2007.

SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. M. F (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p.13-26.

SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M.; SALA, A.; NEMES, M. I. B.; CASTANHERA, E.R.; KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciênc. Saúde Coletiva** [On Line], v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

SCHRAIBER, L. B. [Prefácio] Saúde Coletiva: um campo vivo. In: PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuições para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 9-19.

SERRES, M. **Filosofia Mestiça**. Tradução Maria Ignez Duque Estrada. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

SILVA, L. M. V. da,. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva** [On Line], v. 4, n. 2, p. 331-339, 1999.

\_\_\_\_\_. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: \_\_\_\_\_; HARTZ, Z. M. de A. (Orgs). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 13-38.

SILVA, J. P. V. da; LIMA, J. de C. Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a reforma sanitária brasileira. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 43-73.

SILVEIRA, D. P. da; VIEIRA, A. L. S. Saúde Mental e Atenção Básica em Saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciênc. Saúde Coletiva** [On Line], v. 14, n. 1, p. 139-148, 2009.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental** – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:< [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2011\\_2\\_1relatorio\\_IV.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2011_2_1relatorio_IV.pdf)>. Acesso em 20 out. 2011.

SOUZA, R. C. de; SCATENA, M. C. M. Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 173-179, mar/abr. 2005.

SOUZA, A. de J. F.; MATIAS, G. N.; GOMES, K. de F. A.; PARENTE, A. da C. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enfermagem** [On Line], v. 60, n. 4, p. 391-395, 2007.

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

TANAKA O. Y.; LAURIDSEN-RIBEIRO E. Desafio para a Atenção Básica: incorporação da assistência em saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1845-1853, set. 2006.

TESCH, R. **Qualitative Research: analysis types and software tools**. London, New York and Philadelphia: The Falmer Press, 1990.

TOMASI, E. et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n.1, p. 193-201, 2008.

TORRES, G. de V.; ENDERS B. C. Atividades educativas na prevenção da aids em uma rede básica municipal de saúde: participação do enfermeiro. **Revista Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 71-77, abr. 1999.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2006.

TUNDIS, S. A.; COSTA, N. do R. (Org.). **Cidadania e Loucura - Políticas de Saúde Mental no Brasil**. 7. ed. Petropolis, RJ: Vozes, 2001.

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) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

UCHIMURA, K. Y; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, nov./dez. 2002.

VECCHIA, D. M.; MARTINS S. T. F. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Ciênc. Saúde Coletiva** [On Line], v. 14, n. 1, p. 183-193, 2009.

VÍCTORA, C. G (Org.). **Pesquisa Qualitativa em saúde:** uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Organization of mental health services in developing countries.** Sixteen report of WHO Expert Committee on Mental Health. Geneva: World Health Organization, 1975. Disponível em:<[http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_564.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_564.pdf)>. Acesso em: 30 marc. 2011.

\_\_\_\_\_. **Mental health care in developing countries:** a critical appraisal of research findings. Geneva: World Health Organization, 1984. Disponível em:<[http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_698.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_698.pdf)>. Acesso em 30 marc. 2011.

\_\_\_\_\_. Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial da saúde 2001.** Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Geneva: World Health Organization, 2001. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_djmessage\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf)>. Acesso em: 30 marc. 2011.

\_\_\_\_\_. **Mental health context. Mental health policy and service guidance package.** Geneva: World Health Organization, 2003. Disponível em:<[http://www.who.int/mental\\_health/policy/services/3\\_context\\_WEB\\_07.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/services/3_context_WEB_07.pdf)>. Acesso em: 30 marc. 2011.

\_\_\_\_\_. Organização Mundial da Saúde. Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias. **Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação:** cuidar, sim - excluir, não. Geneva: World Health Organization, 2005. Disponível em:<[http://www.who.int/mental\\_health/policy/Livroderecursosrevisao\\_FINAL.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf)>. Acesso em: 30 marc. 2011.

\_\_\_\_\_. Organização Mundial de Saúde; Organização Mundial de Médicos de Família (OMS/WONCA). Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários:** uma perspectiva global. Geneva: World Health Organization, 2008a. Disponível em:<[http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao\\_saude\\_mental\\_cuidados\\_primarios.pdf](http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf)>. Acesso em: 30 marc. 2011.

\_\_\_\_\_. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial de Saúde 2008:** cuidados de saúde primários - Agora mais que Nunca. Geneva: World Health Organization, 2008b. Disponível em:<[http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_pr.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf)>. Acesso em: 30 marc. 2011.

\_\_\_\_\_. **Mental health and development:** targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Geneva: World Health Organization, 2010. Disponível em:<[http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563949\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563949_eng.pdf)>. World Health Organization 2010>. Acesso em 30 marc. 2011.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. DA. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. **Psicologia em Revista**, v. 14, n. 1, p. 131-150, 2008.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Revisão de literatura sobre saúde mental na atenção básica:

Quadro 3 - Distribuição das publicações relacionadas à abordagem da saúde mental no âmbito da atenção básica de acordo com o ano de publicação, título, autores e periódico

ANO	TÍTULO	AUTOR	PERIÓDICO
2012	Apoio matricial em saúde mental: alcances e limites na atenção básica.	MORAIS, A. P. P; TANAKA, O. Y.	Saúde Soc.
2012	Articulação entre centros de atenção psicossocial e serviços de atenção básica de saúde.	CHIAVAGATTI, F. G.; KANTORSKI, L. P.; WILLRICH, J. Q.; CORTES, J. M.; JARDIM, V. M. da R.; RODRIGUES, C. G. S. S.	Acta Paul. Enferm.
2012	Onde está a criança?: desafios e obstáculos ao apoio matricial de crianças com problemas de saúde mental.	CAVALCANTE, C. M.; JORGE, M. S. B.; SANTOS, D. C. M. dos.	Physis
2011	A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades.	BERNARDO, M. H.; GARBIN, A. de C.	Rev. Bras. Saúde Ocup.
2011	Contribuições da psicologia social para o psicólogo na saúde coletiva.	ZURBA, M. do C.	Psicol. Soc.
2011	Convivendo com transtorno mental: perspectiva de familiares sobre atenção básica.	ESTEVAM, M. C.; S. S. M.; ANTONIO, M. M.; MUNARI, D. B.; WAIDMAN, M. A. P.	Rev. Esc. Enferm. USP
2011	Experiencia en la implementación de un policlínico de choque de salud mental en un establecimiento de atención primaria.	ARAVENA CERECEDA, P.; RUIZ GONZÁLEZ, P.	Cuad. Méd.-Soc.
2011	Psicologia na Atenção Básica à Saúde: demanda, território e integralidade.	JIMENEZ, L.	Psicol. Soc.
2011	Rede e intersectorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental.	SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M.	Psicol. Cienc. Prof.
2011	Salud mental y atención primaria: accesibilidad, integralidad y continuidad del cuidado en centros de salud, Argentina.	GERLERO, S.; AUGSBURGER, A.; DUARTE, M.; GÓMEZ, R.; YANCO, D.	Rev. Argent. Salud Publica
2011	Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família.	NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B.	Rev. Esc. Enferm. USP

- 2011 Saúde mental na atenção básica: uma abordagem convergente assistencial. ANTONACCI, M. H. y; PINHO, L. B. de. Rev. Gaúcha Enferm.
- 2011 Um estudo sobre a itinerância como estratégia de cuidado no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil. LEMKE, R. A.; SILVA, R. A. N. da. Physis
- 2011 Uma análise discursiva sobre os sentidos da promoção da saúde incorporados à Estratégia Saúde da Família. BEATO, M. S. da F.; STRALEN, C. J. V.; PASSOS, I. C. F. Interface (Botucatu)
- 2010 A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. JUNIOR, N. C.; JESUS, C. H; CREVELIM, M. A. Saúde Soc.
- 2010 Caracterización de madres deprimidas en el posparto. ROJAS, G.; FRITSCH, R.; GUAJARDO, V.; ROJAS, F.; BARROILHET, S.; JADRESIC, E.. Rev. Méd. Chile
- 2010 Construção de um projeto de cuidado em saúde mental na atenção básica. RAMOS, P. F.; PIO, D. A. M. Psicol. Cienc. Prof.
- 2010 Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil. ROSENSTOCK, K. I. V.; NEVES, M. J. das. Rev. Bras. Enferm.
- 2010 Prática de saúde mental na rede de atenção psicossocial: a produção do cuidado e as tecnologias das relações no discurso do sujeito coletivo. BARROS, M. M. M. de; JORGE, M. S. B.; PINTO, A. G. A. Rev. APS
- 2010 Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária. ANDRADE, F. B. de; FERREIRA FILHA, M. de O.; DIAS, M. D.; SILVA, A. O.; COSTA, I. do C. C.; LIMA, É. A. R. de; MENDES, C. K. T. T. Texto Contexto - Enferm.
- 2010 Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros? RIBEIRO, L. M.; MEDEIROS, S. M. de; ALBUQUERQUE, J. S. de; FERNANDES, S. M. B. de A. Rev. Esc. Enferm. USP
- 2010 Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências. NEVES, H. G.; LUCHESE, R.; BOUTTELET MUNARI, D. Rev. Bras. Enferm.
- 2009 A terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento. FILHA, M. de O. F.; DIAS, M. D.; ANDRADE, F. B. de; LIMA, É. A. R. de; RIBEIRO, F. F.; SILVA, M. do S. S. da. Rev. Eletrônica Enferm.



- 2009 Ações em saúde mental na atenção primária no município de Florianópolis, Santa Catarina. BARONI, D. P. M.; FONTANA, L. M. Mental
- 2009 Atuação de psicólogos no programa de saúde da família: o cotidiano de trabalho oportunizando repensar a formação e as práticas. FERMINO, J. M; PATRÍCIO, Z. M; KRAWULSKI, E.; SISSON, M. C. Aletheia
- 2009 Comparação da assistência em saúde mental em unidades básicas de saúde com ou sem equipe do Programa Saúde da Família. RIBEIRO, M. S.; ALVES, M. J. M. Rev. de Psiqu. Rio Gd. Sul
- 2009 Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. VECCHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. Ciênc. Saúde Coletiva
- 2009 Convivendo na maré: reflexões sobre uma experiência de cuidado em saúde. SAVI, E. S. A.; VALLA, V. V. Rev. APS
- 2009 Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. VECCHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. Interface Comun. Saúde Educ.
- 2009 Diferenças culturais entre profissionais de saúde e clientela acerca do nervoso: da distância à compreensão da diversidade. FONSECA, M. L. G. Rev. APS
- 2009 Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. ARONA, E. da C. Saúde Soc.
- 2009 O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A. K.; BRITO, M.; PIMENTA, A. L.; MEDEIROS, V.; BEZERRA, E. Saúde e Sociedade
- 2009 O apoio matricial na perspectiva de coordenadoras de equipes de saúde da família. DIMENSTEIN, M.; GALVÃO, V. M.; SEVERO, A. K. de S. Pesqui. Prát. Psicossociais
- 2009 O Psicólogo na atenção básica à saúde. BOARINI, M. L.; BORGES, R. F. Psicol. Cienc. Prof.
- 2009 Obstáculos para el desarrollo de políticas transformadoras en salud mental: el caso de la ley 25.421. CERIANI, L. M; OBIOLS, M. J.; MICHALEWICZ, A.; STOLKINER, A. I. Investig. Psicol.
- 2009 Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. SATO, M. T.; ANTONELI, P. de P.; GUIMARÃES, P. O. da S. Ciência Saúde Coletiva
- 2009 Programa Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. JUCÁ, V. J. dos S.; NUNES, M. de O.; BARRETO, S. G. Ciência Saúde Coletiva

- 2009 Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. SILVEIRA, D. P. da; VIEIRA, A. L. S. *Ciência e Saúde Coletiva*
- 2009 Saúde mental e atenção primária: uma experiência com agentes comunitários de saúde em Salvador-BA. CARNEIRO, A. da C.; OLIVEIRA, A. C. M.; SANTOS, M. M. de S.; ALVES, M. dos S.; CASAIS, N. A.; SANTOS, J. E. dos. *Rev. Bras. Promoç. Saúde*
- 2009 Saúde mental na atenção básica: um estudo epidemiológico baseado no enfoque de risco. ANDRADE, F. B. de. *Rev. Bras. Enferm.*
- 2009 Saúde mental na atenção básica: uma experiência de matriciamento a partir da construção coletiva da rede de atenção. KOKETSU, Â. Y.; ESCORCIO, C. A. M.; SANTOS, C. dos; MILANO, J. R.; GONZÁLES, J. P.; DAMASCENO, M. B.; OKAMURA, M.; FRIETRICH, S. *Saúde Soc.*
- 2009 Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. LUCHESE, R.; OLIVEIRA, A. G. B. de; CONCIANI, M. E.; MARCON, S. R. *Cad. Saúde Pública*
- 2009 Saúde mental no Sistema Único de Saúde: mudança do modelo de atenção na região de Lins-SP. ESCUDEIRO, C. C.; SOUZA, M. de L. A. S. *Saúde Soc.*
- 2009 Terapia comunitária: uma estratégia de saúde mental na atenção básica do município de São José dos Campos-SP. Projeto em parceria com a Universidade Federal do Ceará. COSTA, R. C.; PEREIRA, M. M. da S.; TRALLI, E. L. de S.; OLIVEIRA, M. de F. *Saúde Soc.*
- 2009 Trabalho na atenção básica: integralidade do cuidado em saúde mental. CAÇAPAVA, J. R.; COLVERO, L. de A.; MARTINES, W. R. V.; MACHADO, A. L.; SILVA, A. L. A. e; VARGAS, D. de; OLIVEIRA, M. A. F. de; BARROS, S. *Rev. Esc. Enferm. USP*
- 2008 A construção da assistência à saúde mental em duas unidades de saúde da família de Cuiabá – MT. RIBEIRO, C.; RIBEIRO, L. A.; OLIVEIRA, A. G. B. de. *Cogitare Enfermagem*
- 2008 A saúde mental na atenção básica - articulação entre os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica. ANDRADE, W. V.; BOTTI, N. C. L.. *Cogitare Enferm.*
- 2008 Avaliação da sintomatologia depressiva de mulheres no climatério com a escala de rastreamento populacional para depressão CES-D. ROZENTHAL, M.; FERNANDES, R. de C. L. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul*

- 2008 Care of user with suicidal behavior: the view of Health Community Agents – a qualitative study. ABREU, K. P.; KOHLRAUSCH, E. R.; LIMA, M. A. D. da S. Online Braz. J. Nursing
- 2008 Concordância diagnóstica entre profissionais dos níveis primário e secundário na atenção à saúde mental. RIBEIRO, M. S.; ALVES, M. J. M.; SILVA, P. M. e; VIEIRA, E. M. de M. Rev. APS
- 2008 Estratégias de atendimento em saúde mental nas unidades básicas de saúde. CAÇAPAVA, J. R.; COLVERO, L. de A. Rev. Gaúcha Enferm.
- 2008 O Processo de construção de uma rede de atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica. ZAMBENETTI, G.; PERRONE, C. M. Physis
- 2008 Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Psicol. Cienc. Prof
- 2008 Práticas transversalizadas da clínica em saúde mental. NETO, J. L. F. Psicol. Reflex. Crit.
- 2008 Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. GONÇALVES, D. M.; KAPCZINSKI, F. Cad. Saúde Pública
- 2008 Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. PÓO F., A. M.; ESPEJO S., C.; GODOY P., C.; GUALDA DE LA C., M.; HERNÁNDEZ O., T.; PÉREZ H., C. Rev. Méd. Chile
- 2008 Residência multiprofissional em saúde da família e a formação de psicólogos para a atuação na atenção básica. CLEMENTE, A.; MATOS, D. R.; GREJANIN, D. K. M.; SANTOS, H. E. dos; QUEVEDO, M. P.; MASSA, P. A. Saúde Social
- 2008 Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO CAMPOS, R. Saúde Debate
- 2008 Saúde mental na atenção básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária. REINALDO, A. M. dos S. Esc. Anna Nery
- 2008 Saúde Mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família. MUNARI, D. B.; MELO, T. S. de; PAGOTTO, V.; ROCHA, B. S.; SOARES, C. B.; MEDEIROS, M. Rev. Eletrônica Enferm.

- 2008 Saúde mental no contexto do programa saúde da família: representações sociais de usuários e familiares. VASCONCELOS, M. G. F.; JORGE, M. S. B.; GUIMARÃES, J. M. X.; PINTO, A. G. A. Rev. RENE
- 2008 Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. GONÇALVES, D. M.; KAPCZINSKI, F. Cad. Saúde Pública
- 2007 A psicologia no Programa de Saúde da Família (PSF) em Natal: espaço a ser conquistado ou um limite da prática psicológica? OLIVEIRA, I. F. de; SILVA, F. L.; YAMAMOTO, O. H. Alethéia
- 2007 A saúde mental no Programa de Saúde da Família. SOUZA, A. de J. F.; MATIAS, G. N.; GOMES, K. de F. A.; PARENTE, A. da C. M. Revista Brasileira de Enfermagem
- 2007 Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Cad. Saúde Pública
- 2007 Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Cad. Saúde Pública
- 2007 Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. CAMPOS, G. W. de S.; DOMITTI, A. C. Cad. Saúde Pública
- 2007 As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. FERRI, S. M. N.; PEREIRA, M. J. B.; MISHIMA, S. M.; CACCIA-BAVA, M. do C. G.; ALMEIDA, M. C. P. de. Interface - Comunic., Saúde, Educ.
- 2007 Atención Primaria de la salud e interdisciplina: dos componentes claves para las reformas en salud mental. SOLITARIO, R. C; GARBUS, P.; STOLKINER, A. Rev. Asoc. Med. Bahía Blanca
- 2007 Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. BANDEIRA, M.; FREITAS, L. C.; CARVALHO FILHO, J. G. T. de. J. Bras. Psiquiatria
- 2007 Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG). MAGNABOSCO, M. de B.; FORMIGONI, M. L. O. de S.; RONZANI, T. M. Rev Bras Epidemiologia
- 2007 Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. FERRIOLLI, S. H. T.; MARTURANO, E. M.; PUNTEL, L. P. Rev. Saúde Pública

- 2007 Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa de Saúde da Família. FERRIOLLI, S. H. T.; MARTURANO, E. M.; PUNTEL, L. P. Revista Saúde Pública
- 2007 Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. FERRIOLLI, S. H. T.; MARTURANO, E. M.; PUNTEL, L. P. Revista Saúde Pública
- 2007 Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. MARTIN, D.; QUIRINO, J.; MARI, J. Rev. Saúde Pública
- 2007 Fatores associados ao início da vida sexual de adolescentes matriculados em uma unidade de saúde da família da zona leste do Município de São Paulo, Brasil. BORGES, A. L. V.; LATORRE, M. do R. D. de O.; SCHOR, N. Cad. Saúde Pública
- 2007 O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no programa saúde da família no município de São José do Rio Preto (Capacitação e educação permanente aos profissionais de saúde na atenção básica). BARBAN, E. G; OLIVEIRA, A. A. Arquivo de Ciências da Saúde
- 2007 Percepção dos problemas da comunidade: influência de fatores sócio-demográficos e de saúde mental. MARÍN-LEÓN, L.; OLIVEIRA, H. B. de; BARROS, M. B. de A.; ALGALARRONDO, P.; BOTEGA, N. J. Cad. Saúde Pública
- 2007 Possibilidades e limites do cuidado dirigido ao doente mental no Programa de Saúde da Família. SOUZA, R. C. de; SCATENA, M. C. M. Revista Baiana de Saúde Pública
- 2007 Problemas de saúde mental entre jovens grávidas e não grávidas. CAPUTO, V. G.; BORDIN, I. A. Rev. Saúde Pública
- 2007 Rodas de conversa sobre o trabalho na rua: discutindo saúde mental. RIOS, I. C. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva
- 2007 Saúde mental na atenção básica. MODESTO, T. N.; SANTOS, D. N. Revista Baiana de Saúde Pública
- 2007 Saúde mental no Programa de Saúde da Família: conceito dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. PEREIRA, M. A. O.; BARBIERI, L.; PAULA, V. P. de; FRANCO, M. dos S. P. Rev. Esc. Enferm. USP
- 2007 Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. FLORIANO, P. de J.; DALGALARRONDO, P. J. Bras. Psiquiatria
- 2007 Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P.L.; COUTO, M. T.; HANADA, H.; KISS, L. B.; DURAND, J. G.; PUCCIA, M. I.; ANDRADE, M. C. Rev. Saúde Pública

- 2006 A interface da saúde mental na Atenção Básica. BUCHELE, F.; LAURINDO, D. L. P.; BORGES, V. F.; COELHO, E. B. S. Cogitare Enferm.
- 2006 Ampliando o campo de atenção psicossocial: a articulação dos centros de atenção psicossocial com a saúde da família. SOUZA, Â. C. de. Esc. Anna Nery
- 2006 Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Cad. Saúde Pública
- 2006 Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. TANAKA, O. Y.; LAURIDSEN-RIBEIRO, E. Cad. Saúde Pública
- 2006 Estudo das representações sociais da maconha entre agentes comunitários de saúde. ARAÚJO, L. F. de; CASTANHA, A. Ramos; BARROS, A. P. do R.; CASTANHA, C. R. Ciênc. Saúde Coletiva
- 2006 Fatores relacionados à prevalência de morbidades psiquiátricas menores em mulheres selecionadas em um Centro de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. KAC, G.; SILVEIRA, E. A.; OLIVEIRA, L. C. de; MARI, J. de J. Cad. Saúde Pública
- 2006 La depresión en atención primaria de salud mental. ALONSO, I. Z. Rev. Hosp. Psiquiátr. La Habana
- 2006 Mental health and psychiatry research in Brazil: scientific production from 1999 to 2003. RAZZOUK, D.; ZORZETTO, R.; DUBUGRAS, M. T.; J. G.; MARI, J. de J. Rev. Saúde Pública
- 2006 Mental health research in Brazil: policies, infrastructure, financing and human resources. MARI, J. de J.; BRESSAN, R. A.; ALMEIDA-FILHO, N.; GEROLIN, J.; SHARAN, P.; SAXENA, S. Rev. Saúde Pública
- 2006 Opinions of the staff and users about the quality of the mental health care delivered at a family health program. KOGA, M.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Revista Latino Americana de Enfermagem
- 2006 Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. MARINHEIRO, A. L. V.; VIEIRA, E. Meloni; SOUZA, L. de. Rev. Saúde Pública
- 2006 Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. MARAGNO, L.; G., M.; GIANINI, R. J.; NOVAES, H. M. D.; CÉSAR, C. L. G.. Cad. Saúde Pública
- 2005 A saúde mental no PSF e o trabalho de enfermagem. SILVA, A. T. M. C. da; SILVA, C. C. da; FERREIRA FILHA, M. de O.; NÓBREGA, M. M. L. da; SANTOS, K. K. G. dos. Revista Brasileira de Enfermagem

- 2005 Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Interface - Comunic., Saúde, Educ.
- 2005 Atención de pacientes pobres con trastornos afectivos de la ciudad de México. BERENZON, S.; JUÁREZ, F. Rev. Saúde Pública
- 2005 Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. FALCONE, V. M.; MÄDER, C. V. de N.; NASCIMENTO, C. F. L.; SANTOS, J. M. M.; NÓBREGA, F. J. de. Rev. Saúde Pública
- 2005 Calidad de vida en usuarias del programa de tratamiento de la depresión en atención primaria. GONZÁLEZ, J.; YENTZEN, G.; ALVARADO, R. Rev. Chil. Salud Pública
- 2005 Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. BRÊDA, M. Z.; ROSA, W. de A. G.; PEREIRA, M. A. O.; SCATENA, M. C. M. Revista Latino Americana de Enfermagem
- 2005 Gravidez na adolescência e coresponsabilidade paterna: trajetória sociodemográfica e atitudes com a gestação e a criança. COSTA, M. C. O.; LIMA, I. C.; MARTINS JÚNIOR, D. F.; SANTOS, C. A. de S. T.; ARAÚJO, F. P. O. de; ASSIS, D. R. de. Ciênc. Saúde Coletiva
- 2005 Humanização e Atenção Primária à Saúde. TEIXEIRA, R. R. Ciênc. Saúde Coletiva
- 2005 Morbidade psiquiátrica e uso de álcool em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. PINHEIRO, S. N.; M. R. L.; FURTADO, E. F. Rev. Saúde Pública
- 2005 O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. ONOCKO CAMPOS, R. Ciênc. Saúde Coletiva
- 2005 Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? CREVELIM, M. A.; PEDUZZI, M. Ciênc. Saúde Coletiva
- 2005 Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. KRONBAUER, J. F. D.; MENEGHEL, S. N. Rev. Saúde Pública
- 2004 A invisibilidade dos problemas de saúde mental na atenção primária: o trabalho da enfermeira construindo caminhos junto às equipes de saúde da família. OLIVEIRA, A. G. B. de; ATAÍDE, I. de F. C.; SILVA, M. da A.. Texto & Contexto Enferm.
- 2004 A práxis do enfermeiro no Programa Saúde da Família na atenção à Saúde Mental. SOUSA, K. K. B. de; FILHA, M. de O. F.; SILVA, A. T. M. C. da. Cogitare Enfermagem

- 2004 Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. da S. Cad. Saúde Pública
- 2004 Atenção em Saúde Mental: a prática do enfermeiro e do médico do Programa Saúde da Família de Caucaia – CE. NASCIMENTO, A. A. M. do; BRAGA, V. A. B. Cogitare Enfermagem
- 2004 Esquizofrenia, historia, impacto socioeconomico y atención primaria de salud. SOTOLONGO GARCÍA, Y.; OSCAR MENÉNDEZ, J. R.; VALDÉS MIER, M. A.; CAMPOS ZAMORA, M.; TURRÓ MÁRMOL, C. M. Rev. Cuba. Med. Mil
- 2004 Interpretação dos profissionais de saúde acerca das queixas de "nervos" no meio rural: uma aproximação ao problema das intoxicações por agrotóxicos. LEVIGARD, Y. E.; ROZEMBERG, B. Cad. Saúde Pública
- 2004 Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. TRAVERSO-YÉPEZ, M.; MORAIS, N. A. de. Cad. Saúde Pública
- 2004 Relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. Ciênc. Saúde Coletiva
- 2004 Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. VALENTINI, W.; LEVAV, I.; KOHN, R.; MIRANDA, C. T.; MELLO, A. de; MELLO, M. F. de; RAMOS, C. P. Rev. Saúde Pública
- 2003 A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. CAMPOS, C. M. S.; SOARES, C. B. Ciênc. Saúde Coletiva
- 2003 Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. da S. Cad. Saúde Pública
- 2003 Adolescentes que utilizan servicios de atención primaria: ¿Cómo viven? ¿Por qué buscan ayuda y cómo se expresan? PALAZZO, L. dos S.; BÉRIA, J. U.; TOMASI, E. Cad. Saúde Pública
- 2003 Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares. RODRIGUES, C. R.; FIGUEIREDO, M. A. de C. Estudos de psicologia (Natal)
- 2003 Programa de orientação desenvolvido com adolescentes em centro de saúde: conhecimentos adquiridos sobre os temas abordados por uma equipe multidisciplinar. FAUSTINI, D. M. T.; NOVO, N. F.; CURY, M. C. F. da S.; JULIANO, Y. Ciênc. Saúde Coletiva



- 2002 Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. FLECKA, M. P. de A.; LIMA, A. F. B. da S.; LOUZADA, S.; SCHESTASKY, G.; HENRIQUES, A.; BORGES, V. R.; CAMEYB, S. Rev. Saúde Pública
- 2002 Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P.L.; FRANCA-JUNIOR, I. e PINHO, A. A. Rev. Saúde Pública
- 2001 O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. BRÊDA, M. Z.; AUGUSTO, L. G. da S. Ciência Saúde Coletiva
- 2000 Salud mental, problemas psicosociales y atención primaria de salud. ROJAS CASTILLO, G.; ARAYA BALTRA, R.; FRITSCH MONTERO, R. Acta Psiquiatr. Psicol. Am. Lat
- 1999 Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. CAMPOS, G. W. de S. Ciênc. Saúde Coletiva
- 1999 Morbilidad psiquiátrica y autopercepción de calidad de salud mental en el nivel primario de atención sanitaria: estudio de casos en 4 diferentes contextos socioculturales. MEDINA CÁRDENAS, E.; VIELMA CID, M.; VICENTE PARADA, B.; SILVA, L.; RAPAPORT, E.; MAASS VIVANCO, J.; LAGOS, M.; PIZARRO LETELIER, L.; RIVERA, B.; MADARIAGA A., C. Rev. psiquiatr. (Santiago de Chile)
- 1999 Prevenção da violência doméstica na perspectiva dos profissionais de saúde da família. CAVALCANTI, M. de L. T.. Ciênc. Saúde Coletiva
- 1998 A precariedade dos registros de assistência pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde no município de Ribeirão Preto – SP. DO VALE OBA, M. das Dores; TAVARES, M. S. G. Rev. Latino-Am. Enfermagem
- 1997 Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. DO AMARAL; M. A. Rev. Saúde Pública
- 1997 Instituições psiquiátricas e comunidades: um estudo de demanda em saúde mental no Estado de São Paulo, Brasil. LANCMAN, S. Cad. Saúde Pública
- 1992 Grupo de apoyo emocional en el nivel primario de atención. ROJAS C., G.; VARELA NAWRATH, E.; DÍAZ VARGAS, B.; ARAVENA ALARCÓN, N.; OGALDE PAVEZ, C. Rev. Psiquiatr. Clín. (Santiago de Chile)
- 1991 Avaliação de um programa básico de saúde mental na Guiné-Bissau. JONG, J. T. V. M. de; VAN O., B. O. J. Bras. Bsiquiatr

- |      |   |  |                                  |
|------|---|--|----------------------------------|
| 1989 | Atención primaria en salud mental para escolares: segunda parte.  | GARCIA DE HERRERA, Lucila; CACERES MANRIQUE, Flor de Maria.                          | Rev. Univ. Ind. Santander, Salud |
| 1989 | Seriedad de los desastres y trastorno emocional: implicaciones para la atención primaria en salud mental en países en desarrollo. | LIMA, B.; CHAVEZ, H.; SAMANIEGO, N.; POMPEI, S.; SANTA CRUZ, H.; LOZANO, J.; PAI, S. | Rev. Neuropsiquiatr              |
| 1988 | Algumas indagações sobre a saúde mental na atenção primária.  | GIORDANO JÚNIOR, S.  | Rev. ABP-APAL                    |
| 1988 | Atencion primaria en salud mental para escolares: primera parte.  | GARCIA DE HERRERA, L.; CACERES MANRIQUE, F. de M.                                    | Rev. Univ. Ind. Santander, Salud |
| 1987 | Ações de saúde mental do enfermeiro em unidade básica de saúde.   | BARROS, S.; FORCELLA, H. T.; TEIXEIRA, M. B.; ARANTES, E. C.                         | Rev. Esc. Enferm. USP            |
| 1986 | La atención primaria en salud mental.   | LIMA, B. R.  | Salud Pública Méx                |
| 1985 | Assistência de enfermagem a gestantes com ênfase em sua saúde mental.   | LUÍS, M. A. V.   | Rev. Paul. Enferm.               |
| 1985 | Atenção primária e adolescência: conceitos básicos para uma proposta de trabalho.   | GEREVINI, J. E.  | Rev. Assoc. Bras. Psiquiatr.     |
| 1985 | Encontro de pais e adolescentes: uma proposta de atendimento em saúde mental.   | HONORATO, C. E. de M.; CALIXTO, D. da S.; CARDOSO, M. L. de C.; PHILADELPHO, R..     | J. Bras. Psiquiatr               |
| 1981 | Atencion primaria de salud mental en America Latina. El programa de Cali.   | CLIMENT, C. E; ARANGO, M. V.   | Acta psiquiátr. psicol. Am. Lat  |
| 1980 | La eficiencia del programa integral de salud mental: perspectivas asistenciales, docentes y de investigación.                     | MARCONI, J.  | Rev. Neuropsiquiatr              |

Fonte: Elaboração Própria.

**APÊNDICE B – Caracterização dos participantes do estudo:**

Quadro 4 - Caracterização dos profissionais de saúde entrevistados, segundo ocupação, sexo, nível de escolaridade, idade e tempo de atuação na ESF

<b>CÓD. ENTREVISTA</b>	<b>OCUPAÇÃO</b>	<b>SEXO</b>	<b>NÍVEL ESCOL.</b>	<b>IDADE</b>	<b>TEMPO NA ESF</b>
01	Médico	Feminino	Pós-graduada	63 anos	6 anos
02	Médico	Feminino	Pós-graduada	35 anos	6 anos
03	Enferm.	Feminino	Pós-graduada	32 anos	6 anos
04	ACS	Feminino	Ens. Méd. Comp.	38 anos	1,5 anos
05	ACS	Feminino	Ens. Méd. Comp.	35 anos	5 anos
06	ACS	Feminino	Ens. Méd. Comp.	36 anos	2 anos
07	ACS	Masculino	Ens. Méd. Comp.	37 anos	2 anos
08	ACS	Masculino	Ens. Méd. Comp.	29 anos	3,5 anos
09	ACS	Feminino	Ensino Técnico	31 anos	1, 6 anos
10	ACS	Feminino	Sup. Incomp.	30 anos	3 anos
11	ACS	Feminino	Ens. Méd. Comp.	38 anos	1, 6 anos
12	ACS	Feminino	Ensino Técnico	34 anos	2,7 anos

Fonte: Elaboração própria.

## APÊNDICE C – Roteiro de entrevista para os profissionais da ESF

### ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADO

#### **1. DADOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS:**

1. Qual a sua formação acadêmica?
2. Você poderia relatar, brevemente, o seu percurso profissional até chegar a ESF? Há quanto tempo trabalha com atenção básica? E nesta unidade?
3. Possui alguma Pós-Graduação (stricto e/ou lato sensu) na área em que atua? Se sim, qual?

#### **4. PERGUNTA NORTEADORA DA ENTREVISTA:**

*“Fale-me um pouco sobre o modo como vem se dando, em sua equipe, as experiências em saúde mental desenvolvidas com os profissionais do NASF”*

Pontos a serem explorados:

- Atividades já realizadas e/ou em andamento referentes ao cuidado em saúde mental na atenção básica (quais, quantas, em que consistem, metodologias utilizadas, frequência em que ocorrem, alguns resultados alcançados);
- Compreensões acerca do lugar do NASF no cuidado em saúde mental na atenção básica;
- Potencialidades e dificuldades, apontadas pela equipe de SF, para a operacionalização das ações de cuidado em saúde mental a serem desenvolvidas em parceria com o NASF;
- Expectativas da equipe de SF quanto ao lugar do NASF no cuidado em saúde mental;

## APÊNDICE D – Modelo de Termo de Consentimento para Entrevista

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) por **Roseléia Carneiro dos Santos** a colaborar com a pesquisa “*Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) na Atenção Básica de Fortaleza-CE: desafios da produção coletiva do cuidado em saúde mental*”. Você não é obrigado (a) participar, caso não tenha interesse. Assim, solicito que leia atentamente as informações abaixo, fazendo perguntas sempre que considerar necessário, confirmando, em seguida, se deseja ou não participar do estudo.

Com esta pesquisa pretendo compreender o lugar dos profissionais do NASF no cuidado em saúde mental na atenção básica do município de Fortaleza-CE. Para tanto, gostaria de contar com a sua participação como profissional da equipe de SF, através do relato das práticas de saúde realizadas com o NASF, no âmbito da saúde mental. Solicitamos ainda que a entrevista seja gravada, lembrando que as informações fornecidas serão mantidas no anonimato, servindo apenas para os fins da pesquisa.

Aproveito para informar que a pesquisa não traz risco a sua saúde e que o (a) senhor (a) poderá voltar atrás deste consentimento, tornando-o sem valor, em qualquer momento da pesquisa, sem que isso lhe acarrete qualquer penalidade.

Eu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ anos, RG: \_\_\_\_\_  
 declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. Declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Fortaleza, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do voluntário: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador responsável: \_\_\_\_\_

#### Contatos do responsável pela pesquisa:

Nome: Roseléia Carneiro dos Santos

E-mail: rosesantos\_psi@yahoo.com.br;

Fone: (85) 8681-2747

Instituição: Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária, Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará: Rua Professor Costa Mendes, 1608, 5º andar, Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE. Fone/Fax: 3366-8045.

**Atenção:** Caso tenha alguma consideração a fazer ou dúvida acerca da sua participação na pesquisa, você poderá ainda entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC: Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo. Fone 3366-8344.

## ANEXOS

## ANEXO A – Carta de anuência do Sistema Municipal de Saúde Escola



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE ESCOLA



Rua do Rosário, 283, Sala 408. Centro. Fortaleza – Ce. (85) 3131 1694.

Ilmo. (a) Coordenador (a) do Distrito de Saúde / Atenção Básica / Assessora Técnica da Educação Permanente da SER III.

Dra. Marylda Alves Silva / Carísia Ximenes.

Solicitamos seu parecer sobre a viabilidade e relevância, referente à realização da pesquisa intitulada: **“A INSERÇÃO DOS NÚCLEOS DE APOIO DA FAMÍLIA (NASF) NA ATENÇÃO BÁSICA DE FORTALEZA – CE: DESAFIOS DA PRODUÇÃO COLETIVA DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL”**.

Seguem algumas informações sobre o estudo: A pesquisadora **ROSELÉIA CARNEIRO DOS SANTOS** é aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará – UFC e está sob orientação da Professora Doutora Maria Lúcia Magalhães Bosi.

- A cópia do projeto, a ser entregue ao Distrito de Saúde para análise, deverá ser providenciada pela pesquisadora.

**- A PESQUISA SÓ PODERÁ SER INICIADA APÓS APRECIACÃO E APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA, SENDO NECESSÁRIA APRESENTAÇÃO DA CÓPIA DO PARECER AO DISTRITO DE SAÚDE.**

- A pesquisa será realizada nos **CENTROS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA SER III.**

- A coleta de dados ocorrerá durante os meses de **NOVEMBRO E DEZEMBRO DE 2011.**

- A pesquisadora deverá apresentar após a defesa os resultados do estudo para o Sistema Municipal de Saúde Escola/Distrito de Saúde da SER III – oral e impresso.

Comunicamos ainda que o SMSE emitiu parecer favorável, conforme a competência de sua Coordenação.

Gizeli  
22.11.11

Carísia Maria S. Ximenes  
Téc. Cél. Atenção Básica  
Distrito de Saúde - SER III

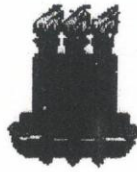
Fortaleza, 20 de outubro de 2011.

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante  
Coordenadora Geral do Sistema  
Municipal de Saúde Escola

Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola

**ANEXO B – Protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE**



Universidade Federal do Ceará  
Comitê de Ética em Pesquisa

**Of. Nº 352/11**

Fortaleza, 11 de novembro de 2011

**Protocolo COMEPE nº 275/ 11**

**Pesquisador responsável:** Roseléia Carneiro dos Santos

**Título do Projeto:** “A inserção dos núcleos de apoio à saúde da família (NASF) na atenção básica de Fortaleza-Ce: desafios da produção coletiva do cuidado em saúde mental”

Levamos ao conhecimento de V.S<sup>a</sup>. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o protocolo e o TCLE do projeto supracitado na reunião do dia 03 de novembro de 2011.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

Dr. Fernando A. Frota Bezerra  
Coordenador do Comitê  
de Ética em Pesquisa  
COMEPE/UFC