

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Atila Mendes da Silva

Potencialidades, paradoxos e limites da colaboração interprofissional: uma análise a partir da experiência de um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

Rio de Janeiro

2021

Atila Mendes da Silva

Potencialidades, paradoxos e limites da colaboração interprofissional: uma análise a partir da experiência de um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dra. Lílian Miranda.

Rio de Janeiro

2021

Título do trabalho em inglês: Potentials, paradoxes and limits of interprofessional collaboration: an analysis based on the experience of an Expanded Center for Family Health and Primary Care.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

S586p Silva, Atila Mendes da.
 Potencialidades, paradoxos e limites da colaboração
interprofissional: uma análise a partir da experiência de um Núcleo
Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica / Atila Mendes da
Silva. — 2021.
 180 f. : il. color.

 Orientadora: Lílian Miranda.
 Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de
Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2021.

 1. Relações Interpessoais. 2. Comportamento Cooperativo.
3. Estratégia Saúde da Família. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Saúde
Mental. 6. Apoio Matricial. 7. Intersubjetividade. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.12

Atila Mendes da Silva

Potencialidades, paradoxos e limites da colaboração interprofissional: uma análise a partir da experiência de um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Aprovada em: 21 de maio de 2021.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Marilene de Castilho Sá
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Eduardo Alves Melo
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Juarez Pereira Furtado
Universidade Federal de São Paulo - Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva

Prof.^a Dra. Maria Cristina Ventura Couto
Universidade Federal do Rio de Janeiro - Instituto de Psiquiatria

Prof.^a Dra. Lilian Miranda (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2021

AGRADECIMENTOS

Aos trabalhadores que fizeram parte do trabalho de campo, pela gentileza de apoiarem a realização da pesquisa, doando uma parte de seu tempo tão escasso para que este trabalho fosse possível.

À minha esposa, Juliana, por todo amor, incentivo, parceria e paciência ao longo do processo de realização do doutorado.

Aos meus pais, Aldir e Ana, meu irmão, Artur, e meus amigos pelo apoio em momentos tão difíceis que passei no início desse processo.

Aos diversos colegas, profissionais de saúde e gestores com os quais compartilhei o trabalho nas equipes em que estive atuando. Em especial, Cíntia, Érika, Michael, Taísa, Marcela, Stela, Tuyane e Liliane, pela compreensão e apoio ao longo processo de finalização da pesquisa.

À minha orientadora, Lilian Miranda, pela generosidade, apoio e dedicação em todos os momentos de construção deste trabalho.

Aos professores, Eduardo Melo e Juarez Furtado, pelas contribuições na banca de qualificação e por terem aceitado participar, também, da defesa do doutorado.

À professora Marilene Sá por todas suas contribuições e apoio ao longo do processo e por ter aceitado participar da banca de defesa.

À professora Cristina Ventura por gentilmente ter aceitado participar da banca.

Um galo sozinho não tece uma manhã:ele
precisará sempre de outros galos.De um que
apanhe esse grito que ele e o lance a outro; de
um outro galo que apanhe o grito que um galo
antes e o lance a outro; e de outros galos que
com muitos outros galos se cruzem os fios de
sol de seus gritos de galo, para que a manhã,
desde uma teia tênue,se vá tecendo, entre
todos os galos.

JOÃO CABRAL DE MELLO NETO

RESUMO

O estudo teve como objetivo analisar a colaboração interprofissional entre trabalhadores de diferentes serviços no cuidado em saúde mental, considerando a interdependência entre aspectos estruturais, organizacionais e intersubjetivos, a partir da experiência do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-AB em um município do estado do Rio de Janeiro. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, baseada no paradigma construtivista, que se pautou na realização de um estudo de caso único. As estratégias metodológicas utilizadas foram: observação participante, grupos focais narrativos e entrevistas semiestruturadas. O material produzido ao longo do trabalho de campo foi analisado a partir da perspectiva da hermenêutica filosófica; do referencial teórico de autores do campo da saúde pública/coletiva que discutem a temática da colaboração interprofissional; do referencial teórico sobre o imaginário social/organizacional da psicossociologia francesa e da filosofia de Cornelius Castoriadis; e a partir da contribuição da psicodinâmica do trabalho a respeito dos limites e possibilidades para a cooperação. Os resultados apontam para uma indissociabilidade dos elementos estruturais, organizacionais e intersubjetivos na colaboração interprofissional. Destaca-se um histórico de matriciamento em saúde mental e iniciativas voltadas para a desmedicalização do cuidado dos usuários que mobilizava os profissionais no sentido de uma prática colaborativa voltada para a promoção da saúde mental. Por outro lado, foi identificada, também, um desafio quanto ao compartilhamento da responsabilização entre as equipes NASF-AB/Estratégia de Saúde da Família - ESF na coordenação do cuidado, em especial no caso de usuários com problemas mais complexos. A partir do referencial do imaginário social, foi possível identificar um imaginário motor presente no relato das equipes a respeito do histórico no trabalho de apoio matricial e de sua expertise na realização de Práticas Integrativas e Complementares-PICs, bem como um imaginário regido pelo signo da impotência de ação compartilhado entre as equipes NASF-AB/ESF no que diz respeito ao acompanhamento longitudinal dos usuários. Destacam-se, também, que os tensionamentos na relação entre as equipes estiveram, predominantemente, relacionados à organização dos processos de trabalho. Algumas regras construídas no contexto das unidades com o intuito de induzir a cooperação, tinham um efeito paradoxal de gerar uma participação desimplicada por uma parcela dos trabalhadores. Por fim, mostra-se importante refletir sobre as relações de confiança no trabalho como elemento fundamental para a colaboração, relações estas que podem ser influenciadas pela configuração de um ambiente organizacional, em que vigore a negociação entre os trabalhadores e entre estes e os gestores, capaz de aglutinar interesses e lidar com os inevitáveis conflitos.

Palavras-chave: Colaboração Interprofissional. Apoio Matricial. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. Intersubjetividade. Atenção Primária à Saúde. Saúde Mental.

ABSTRACT

The study aimed to analyze the interprofessional collaboration between workers from different services in mental health care, taking into consideration the interdependence between structural, organizational and intersubjective aspects, based on the experience of the Expanded Center of Family Health and Primary Care (NASF-AB) in a municipality in the state of Rio de Janeiro. It is a qualitative research, based on the constructivist paradigm, which was based on the realization of a single case study. The methodological strategies used were: participant observation, narrative focus groups and semi-structured interviews. The material produced during the fieldwork was analyzed from the perspective of philosophical hermeneutics; the theoretical framework of authors in the field of public health who discuss the theme of interprofessional collaboration; the theoretical framework on the social / organizational imagery of French psychosociology and philosophy by Cornelius Castoriadis; and from the contribution of psychodynamics of work regarding the limits and possibilities for cooperation. The results point to an inseparability of the structural, organizational, and intersubjective elements in interprofessional collaboration. We highlight the background in mental health support and initiatives aimed at the de-medicalization of user care that mobilized professionals towards a collaborative practice aimed at mental health promotion. On the other hand, a challenge was also identified regarding the sharing of responsibility between the NASF-AB / Primary Care Teams (ESF) in the coordination of care, especially in complex mental health problems. From the referential of the social imaginary, this provided to identify an imaginary driving in the teams' report regarding the history of matrix support work and their expertise in carrying out complementary and integrative health practices, as well as an imaginary governed by the sign the powerlessness of action shared between the NASF-AB / ESF teams regarding longitudinal follow-up of patients. It is also noteworthy that the tension in the relationship between the teams was predominantly related to the organization of work processes. Some rules built in the context of the primary health care units with the aim of inducing cooperation, had a paradoxical effect of generating unimplicated participation by some of the workers. Finally, it is important to reflect on the relationships of trust at work as a fundamental element for collaboration, relationships that can be influenced by the configuration of an organizational environment, in which the negotiation between workers and between them and managers prevails, able to bring together interests and deal with the inevitable conflicts.

Keywords: Interprofessional Collaboration. Matrix Support. Expanded Center of Family Health and Primary Care (NASF-AB). Intersubjectivity. Primary Health Care. Mental health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Descrição da observação participante.....	50
Quadro 2 – Descrição das entrevistas realizadas.....	51
Figura 1 – Fluxograma estratégias metodológicas do estudo de caso.....	53
Quadro 3 – Participantes dos grupos focais por UBS.	54
Figura 2 – Fluxograma do Programa de Saúde Mental.....	58
Figura 3 – Fluxograma de atendimento do Núcleo de Saúde Mental	64
Quadro 4 – Síntese das fragilidades e potências da autoavaliação dos NASF	88

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

AM – Apoio Matricial

ESF – Estratégia de Saúde da Família

eSF – Equipe de Saúde da Família

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

MP – Ministério Público

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

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

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

TCI - Terapia Comunitária Integrativa

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	REVISÃO NARRATIVA: NASF-AB, APOIO MATRICIAL E COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL	22
2.1	AS EXPERIÊNCIAS DA IMPLANTAÇÃO DO NASF E DO AM	22
2.2	REFLEXÕES SOBRE A COLABORAÇÃO ENTRE AS EQUIPES NASF/ESF NO ÂMBITO DOS CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL.....	28
3	MÉTODO	42
3.1	O PARADIGMA CONSTRUTIVISTA E A ABORDAGEM CLÍNICA-QUALITATIVA	42
3.2	A ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DO MATERIAL PRODUZIDO	43
3.3	TRABALHO DE CAMPO E PROCESSO DE PRODUÇÃO DAS INFORMAÇÕES	46
3.3.1	Contextualização e a entrada no campo de pesquisa	47
3.3.2	Observação participante.....	48
3.3.3	Entrevistas.....	50
3.3.4	Grupos Focais Narrativos.....	52
3.4	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	56
4	CONTEXTUALIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE COLABORAÇÃO NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO ESTUDADO.....	57
4.1	CARACTERIZAÇÃO E BREVE REFLEXÃO SOBRE OS PROCESSOS DE COLABORAÇÃO NOS SERVIÇOS DA REDE DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL	57
4.1.1	Pronto Socorro Municipal	59
4.1.2	Núcleo de Saúde Mental.....	63
4.1.3	CAPS-II (“CAPS-geral”).....	67
4.1.4	CAPSi	70
4.1.5	CAPS-AD	72
4.1.6	Reflexões sobre a colaboração a partir da entrevista com os profissionais e gestores dos serviços da rede de atenção psicossocial.....	77
4.2	OS NASF NO MUNICÍPIO ESTUDADO	81
4.2.1	Oficinas NASF-AB e NASF-AB/ESF para discussão dos processos de trabalho.....	86
4.3	PROCESSOS DE TRABALHO E DE COLABORAÇÃO NA INTERAÇÃO ENTRE A EQUIPE NASF-AB E DUAS ESF ESCOLHIDAS PARA APROFUNDAMENTO	90
4.4	NARRATIVAS CONSTRUÍDAS A PARTIR DOS GRUPOS FOCAIS REALIZADOS COM AS EQUIPES NASF E ESF.....	95
4.4.1	Grupos focais NASF-AB/ESF-A	96
4.4.2	Narrativa construída a partir dos grupos focais NASF-AB/ESF-A.....	96
4.4.3	Grupos Focais NASF-AB/ESF-B	104
4.4.4	Narrativas construídas a partir dos grupos focais NASF-AB/ESF-B.....	105

5	ANÁLISE DA COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL A PARTIR DO NASF-AB: IMAGINÁRIO SOCIAL E COOPERAÇÃO ENTRE OS TRABALHADORES.....	110
5.1	EIXO – COLABORAÇÃO E O IMAGINÁRIO SOCIAL – A HISTÓRIA E A MEMÓRIA COMO POTÊNCIA E O PRESENTE COMO PRECARIIDADE, OS LIMITES E POSSIBILIDADES PARA O ESTABELECIMENTO DE PROJETOS COMUNS.....	110
5.1.1	Imaginário Motor: o histórico de vanguarda no trabalho em saúde mental	116
5.1.2	Imaginário da precariedade: “crise nostálgica” e “impotência compartilhada”	121
5.2	EIXO – COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL, COOPERAÇÃO E AS CARACTERÍSTICAS DA RELAÇÃO ENTRE NASF E ESF	126
5.2.1	Reconhecimento como uma dimensão da cooperação.....	133
5.2.2	Tensões e paradoxos nos processos de trabalho e cooperação das equipes NASF-AB/ESF	136
5.2.3	Compartilhamento da responsabilidade entre os profissionais das eSF e NASF-AB	143
5.2.4	A cooperação entre os trabalhadores e sua capacidade de operar transformação no cuidado	147
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	153
	REFERÊNCIAS	158
	ANEXO 1 - ROTEIRO PARA DISCUSSÃO DE CASOS NO GRUPO FOCAL	166
	ANEXO 2 - GUIA DE ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA RAPS E REDE INTERSETORIAL.....	167
	ANEXO 3 - GUIA DE ENTREVISTA COM GESTORES (COORDENADOR/DIRETOR DE AB)	169
	ANEXO 4 - GUIA DE ENTREVISTA COM COORDENADORES DE SERVIÇOS DA RAPS E DO NASF.....	170
	ANEXO 5 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – PROFISSIONAIS DE SAÚDE NASF/ESF	172
	ANEXO 6 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – GESTORES.....	175
	ANEXO 7 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – PROFISSIONAIS DE OUTROS PONTOS DA RAPS/REDE INTERSETORIAL	178

1 INTRODUÇÃO

Esta tese tem como objeto de análise a colaboração interprofissional e interorganizacional no âmbito da saúde mental, a partir da experiência do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e em sua articulação com os serviços da rede de cuidados em saúde mental e rede intersetorial.

A PNAB (BRASIL, 2017) prevê o NASF-AB como uma das modalidades de equipes constituinte da AB, indicando que sua atuação deve se dar em interação com as equipes de Saúde da Família (eSF), com o objetivo de ampliar sua resolutividade. Para tanto, espera-se que desenvolvam um conjunto de ações que tenham como base a metodologia do Apoio Matricial (AM), bem como tenham como um de seus objetivos ampliar a articulação da AB com as redes de atenção à saúde (RAS) (dentre elas, a Rede de Atenção Psicossocial-RAPS) e com as redes intersetoriais. Por essa razão, compreendemos o NASF-AB como um ponto privilegiado para analisar a colaboração no cuidado em saúde mental. Desta maneira, esse estudo buscou compreender os processos de colaboração entre profissionais, equipes e serviços, no cuidado em saúde mental a partir do NASF.

A escolha por estudar tais processos de colaboração deu-se por compreendê-los como um fator importante para o fortalecimento da integralidade do cuidado em saúde mental e, ao mesmo tempo, por caracterizar-se enquanto um grande desafio a ser enfrentado na realidade dos serviços e redes de atenção da maior parte dos municípios brasileiros. O interesse por esse tema de estudo tem, também, motivações pessoais que advêm tanto de minha experiência profissional como psicólogo e como coordenador em duas equipes NASF-AB, quanto da experiência em serviços da Política Nacional de Assistência Social, em que trabalhei em municípios do interior do estado do Rio de Janeiro.

Enquanto trabalhador na política de Assistência Social identificava, por meio dos relatos dos usuários atendidos, os efeitos que as dificuldades de acesso e a falta de continuidade nos cuidados de saúde mental tinham sobre as situações de vulnerabilidade e risco sociais dos usuários. As pessoas com problemas de saúde mental eram acompanhadas nos serviços da Assistência Social devido a situações de violação de direitos ou de vulnerabilidade social (em parte causadas por acontecimentos referentes à sua vida pessoal). Contudo, era possível testemunhar que, em grande medida, o Estado atuava como perpetuador ou como omissor ao sofrimento experimentado por essas pessoas. Nos atendimentos era possível escutar dramáticas sempre singulares, mas, ao mesmo tempo, marcadas por uma dificuldade em obter cuidado

responsável (com acolhida e continuidade) nos contatos que os usuários tinham com os serviços públicos que haviam buscado.

De minha experiência de atuação no NASF-AB, a questão da colaboração com as eSF sempre foi um elemento de construção árdua com sucessivos avanços e recuos. Além disso, pude perceber que os entraves enfrentados na rede de cuidados em saúde mental influenciavam na capacidade de dar resolutividade aos casos graves identificados na atenção primária, o que acabava por instalar nas equipes um sentimento de grande descrença na capacidade de produzir cuidado em saúde mental. Apesar de sua instabilidade, os processos de trabalho em colaboração com as eSF eram algo de grande importância não somente para a ampliação do escopo de atuação da AB (com a inserção das ações de saúde mental e de outros núcleos de ação), mas, também, para a transformação do cuidado realizado nesses serviços e para a ampliação do diálogo com outros pontos de cuidado da rede.

Objeto de estudo e a contextualização do problema de pesquisa

A Atenção Básica (AB) tem sido apontada como a principal estratégia de reorganização dos sistemas nacionais de saúde (WHO, 2008). No contexto da Política Nacional de Atenção Básica brasileira (PNAB) (BRASIL, 2012a, 2017), compreende-se que este nível de atenção deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada no sistema de saúde e o centro de comunicação com toda a RAS. As RAS consistem em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes funções e configurações tecnológicas, articuladas de maneira complementar e com base territorial e, por esta razão, abarcam diferentes níveis de complexidade no sistema de saúde. Portanto, de acordo com a política oficial, a AB tem por função atuar como centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção à saúde e, para isso, espera-se que as equipes devam elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os demais pontos de atenção das RAS (BRASIL, 2012a, 2017).

Ainda que com inflexões e riscos nos últimos anos, o fortalecimento da AB no Brasil tem sido realizado, prioritariamente, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), criada com intuito de reorganizar este nível de atenção de acordo com os preceitos do SUS. A ESF é implantada pelo Ministério da Saúde como uma estratégia de consolidação da AB para favorecer uma reorientação do processo de trabalho, ampliar a resolutividade e possibilitar melhora na relação custo-efetividade (BRASIL, 2012a, 2017).

É importante ressaltar que com as mudanças na PNAB, por meio da portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, as ESF deixam de ser a única modalidade de equipes mínimas na AB, com a inclusão da modalidade de equipes de Atenção Básica (eAB). De acordo com tais mudanças, as eAB devem ser compostas minimamente por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e/ou técnicos de enfermagem. Esta nova modalidade torna possível que uma equipe possua até três profissionais da mesma categoria profissional com uma carga horária mínima de 10 horas, devendo somar, no mínimo, 40 horas/semanais por categoria. Não há, portanto, a obrigatoriedade de que os profissionais cumpram a carga horária de 40 horas semanais como exigido às eSF (BRASIL, 2017).

A AB alcançou importantes avanços no Brasil como a ampliação do acesso e redução das iniquidades em saúde, porém, ela ainda não reúne condições materiais e simbólicas para garantir o acesso e a articulação com os demais pontos de conexão do sistema (CECILIO et al., 2012; CECILIO; CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014), o que coloca a coordenação da atenção ainda como um desafio. Ademais, um dos desafios importantes para a AB é a inclusão dos cuidados em saúde mental no seu escopo de atuação, ainda bastante incipiente neste nível de cuidados que envolvem um processo complexo, em razão das diferentes forças que objetam sua ampliação nos âmbitos profissional, epistemológico, organizacional, estrutural e político (HIRDES; SILVA, 2014).

No que diz respeito à saúde mental, há uma grande prevalência de transtornos mentais em todo o mundo. Estima-se que cerca de 30% dos adultos atendam aos critérios de diagnóstico para qualquer transtorno mental, sendo que cerca de 80% daqueles que sofrem com transtornos mentais vivem em países de baixa e média renda. No Brasil, aponta-se que os transtornos depressivos e ansiosos respondem, respectivamente, pelas quinta e sexta causas de anos de vida vividos com incapacidade (LOPES, 2020).

Desde os anos 90, vem se conduzindo um processo de transformação na atenção em saúde mental no Brasil, compreendendo-se que o cuidado ao usuário com problemas de saúde mental deve ser realizado através de práticas pautadas no território, articuladas em uma rede ampliada de serviços. Tal mudança está atrelada ao movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e objetiva superar o modelo de encarceramento da loucura, avançando em um modelo de tratamento que compreende a autonomia dos usuários como parte crucial de seu processo de cura e não apenas um modelo de tratamento focado na diminuição/eliminação de sintomas (DELGADO et.al., 2007).

As demandas de saúde mental se apresentam constantemente na AB e, se atendidas, podem evitar a utilização de recursos assistenciais mais complexos. Dentre os problemas de

saúde mental enfrentados neste âmbito podem-se citar aqueles associados ao uso inadequado de benzodiazepínicos, a situações decorrentes de violência, ao uso prejudicial de álcool e de outras drogas, dentre outras questões de saúde mental que intervêm negativamente sobre a saúde e a qualidade de vida das populações (DIMENSTEIN; MACEDO, 2012).

A grande prevalência de transtornos mentais, quando não tratados, produzem sofrimento, dificuldades econômicas e sociais importantes para a população. Ainda assim, apesar do potencial existente na sociedade para tratar os problemas de saúde mental, apenas uma minoria recebe o devido tratamento. A Organização Mundial da Saúde (OMS) compreende que integrar os serviços de saúde mental na atenção primária é a maneira mais viável de diminuir essa lacuna e garantir que as pessoas recebam os cuidados de saúde mental que elas precisam (WHO, 2008).

Além de produzir melhoria no acesso aos cuidados em saúde mental, para a OMS, tal integração possibilita promover os direitos humanos e tratar os problemas de saúde de maneira integral, considerando o entrelaçamento entre saúde física e mental (WHO, 2008). A incorporação da Saúde Mental em serviços gerais de saúde deve auxiliar na redução do estigma do usuário, atuando no sentido de reduzir a compreensão da doença como algo que precisa de isolamento e do louco como alguém perigoso (WHO, 2005). Sendo assim, uma estratégia de identificação e acompanhamento dos problemas de saúde mental, incorporada às atividades das equipes de atenção primária, pode favorecer “ações de intervenção precoce, uso racional de medicamentos, continuidade dos cuidados, prevenção das admissões impróprias em hospitais psiquiátricos e estabelecimento e manutenção de sistemas de apoio comunitário” (DIMENSTEIN E MACEDO, 2012, p. 239).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) criou em 2008 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), cujo objetivo é ampliar a abrangência, escopo e resolutividade da AB, envolvendo, assim, a atenção em saúde mental (BRASIL, 2008 e 2012a). Em 2017, a nova PNAB modifica a denominação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), retirando o termo “apoio” do nome do arranjo e abrindo a possibilidade de tais núcleos ofertarem suas atividades, também, às equipes qualificadas na modalidade de equipes de Atenção Básica (eAB), mais restritas que as ESF (BRASIL, 2017).

Outra transformação recente que impacta a implantação dos NASF-AB em todo país, foi a mudança do financiamento da AB por meio da nota técnica nº3 de 2020 do MS (BRASIL, 2020). A nota estabelece um novo modelo de financiamento, encerrando o Piso de Atenção Básica Variável (PAB-Variável) e o custeio dos NASF-AB, o que compromete o efeito indutor

que a PNAB possuía de reforçar a ESF como referência no SUS e a implantação dos NASF em todo o Brasil.

O NASF tem como funções apoiar, qualificar e complementar o trabalho das eSF. No que diz respeito ao cuidado em Saúde Mental, espera-se que os NASF se integrem à RAPS a partir das demandas articuladas junto às eSF, assumindo uma responsabilidade conjunta nas ações em saúde mental com estas equipes (BRASIL, 2012a).¹

No entanto, como será abordado mais profundamente nos capítulos subsequentes, permanecem desafios em diversas experiências de implantação dos NASF quanto à realização de seus objetivos. Tais desafios, em grande parte, encontram-se atrelados a dificuldades no que diz respeito à integração/colaboração entre as eSF e com a rede de saúde.

O NASF-AB, considerado neste projeto como possível catalisador de diferentes processos de colaboração, é definido na PNAB como um arranjo organizacional constituído por equipes multiprofissionais compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada, apoiando os profissionais das eSF (BRASIL, 2008, 2009, 2012a, 2014, 2017).

Esses núcleos não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo, o que reforça a importância de sua integração com as eSF em seu processo de trabalho. A implantação dos NASF prevê, portanto, uma revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal.

De acordo com o documento do Ministério da Saúde sobre as Diretrizes do NASF (BRASIL, 2009), tais núcleos devem trabalhar de acordo com metodologia do apoio matricial (AM) (CAMPOS, 1999; CUNHA E CAMPOS, 2011), também chamado de matriciamento, que visa instituir uma nova cultura organizacional, baseada nas diretrizes do vínculo terapêutico, da gestão colegiada e da transdisciplinaridade. Trata-se de um arranjo organizacional que também figura nas políticas de saúde mental e na Política Nacional de Humanização - PNH (BRASIL, 2010).

O AM sugere a construção de um projeto terapêutico integrado entre equipe de apoio e equipe de referência (CAMPOS; DOMITTI, 2007) com a finalidade de evitar a fragmentação da atenção à saúde. Procura introduzir uma prática que reforce a coordenação das ações entre

¹ Importante ressaltar que antes da criação dos NASF no Brasil, já haviam diversas experiências de Apoio Matricial que exploravam os processos de articulação entre equipes de referência e profissionais de outras categorias profissionais, em especial na Saúde Mental.

os profissionais, compreendendo que a fragmentação da atenção leva a uma responsabilização insuficiente e inadequada pelo cuidado prestado (CUNHA; CAMPOS, 2011). Para tanto, o arranjo prevê que a relação entre as equipes pode se desenvolver de três maneiras principais: por meio de intervenções e atendimentos conjuntos; através da troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador; ou, ainda, por meio de um conjunto de atendimentos especializados em casos que demandem uma atenção específica (neste caso preservando o contato direto com a equipe de referência, que mantém a corresponsabilidade pelo caso) (CAMPOS E DOMITTI, 2007).

O termo “matricial” indica um rompimento com o princípio da hierarquização, sugerindo que profissionais de referência e especialistas mantenham uma relação horizontal. Já o termo apoio sugere um modo de operar essa relação não mais com base na autoridade, mas com base numa concepção dialógica (CAMPOS, 1999; CAMPOS; DOMITTI, 2007). Sendo assim, o AM exercido pelo NASF tem na colaboração entre este e as ESF a condição para realização de seu objetivo de atuar contra a fragmentação e desresponsabilização do cuidado prestado na AB.

O apoio matricial encontra desafios para sua implantação na realidade brasileira. Tais impasses se apresentam tanto ligados à superação de problemas estruturais do SUS e que influenciam negativamente no funcionamento de tal arranjo, quanto aspectos ligados diretamente à implementação das diretrizes do AM (CASTRO; CAMPOS, 2016). Nos dedicaremos a abordar esses desafios no primeiro capítulo da tese.

Quanto à formulação da proposta do NASF, de acordo com Almeida (2016), tais núcleos tiveram sua gênese no contexto de uma disputa e convergência de interesses entre categorias profissionais. A autora analisa que as entidades profissionais tiveram um papel decisivo na construção da proposta do NASF, por comporem um mosaico de interesses em torno de uma proposta de ampliação da oferta de serviços no âmbito da AB no Brasil. A institucionalização do arranjo teve como condições decisivas, dentre outros elementos, a disposição de diversos atores que ocupavam posições no campo burocrático; a movimentação das categorias profissionais contra o Projeto de Lei do Ato Médico, que favoreceu a unificação de pautas comuns (dentre elas o NASF); as demandas de amplificação do mercado de trabalho por parte de representantes de categorias profissionais; a pressão de secretários de saúde municipais e estaduais, especialmente com o intuito de diminuir os encaminhamentos para os demais níveis de cuidado além da atenção básica (ALMEIDA, 2016).

De acordo com a análise da autora, ao refletir as distintas expectativas dos diferentes atores envolvidos, a proposta do NASF apresenta ambiguidades que permitem uma infinidade

de possibilidades em sua operacionalização. Assim, o NASF tanto pode contribuir para o fortalecimento de propostas alternativas de organização do cuidado, quanto pode manter o modelo de atenção à saúde hegemônico (ALMEIDA, 2016).

Ademais, aponta-se que a proposta do NASF coloca as eSF em uma dupla condição: como clientela-alvo e, ao mesmo tempo, parceira das ações da equipe de apoio. Isso implica a necessidade de uma abertura à colaboração por parte dos profissionais das equipes NASF/eSF, que não está garantida no encontro entre eles, o que revela uma importante fragilidade na concepção dos NASF (IACABO; FURTADO, 2020).

Algumas pesquisas sobre experiências de implantação dos NASF no Brasil têm apontado que, diante da escassez de serviços especializados, o arranjo tem funcionado de forma substitutiva a esses serviços, empobrecendo o atendimento e dificultando a compreensão da sua função (CUNHA E CAMPOS, 2011). Por outro lado, também, em algumas experiências têm ocorrido a valorização exclusiva das discussões de casos, negligenciando-se a função de retaguarda assistencial do NASF (CASTRO; CAMPOS, 2016). No capítulo sobre a revisão de literatura trataremos deste assunto com maior profundidade, mas, é importante ressaltar, como o faz o documento da OMS, que integração é um processo e não um evento (WHO, 2008). Portanto, estas dificuldades de implantação são parte de um processo de construção e que podem amadurecer, se existir as condições para o seu desenvolvimento, bem como revisões que se fizerem necessárias em seu arcabouço normativo. Assim, parece mais adequado utilizar o termo colaboração do que propriamente integração, na medida em que o primeiro permite com mais clareza abarcar a existência de diferentes graus e formas de colaboração e não apenas um processo já incorporado na prática das equipes. Por isso, assumimos aqui a premissa de que há sempre algum grau de colaboração no cuidado, mesmo que mínimo e realizado sobre formas fragmentadas e burocratizadas.

Na literatura internacional a questão da colaboração entre trabalhadores e serviços aparece de diversas formas. Nesse sentido, optou-se por citar duas noções que parecem mais adequadas para discutir o trabalho do NASF: a de Cuidados Colaborativos - *Collaborative Care* (BOWER et. al., 2006) e de colaboração interprofissional (D'AMOUR et. al., 2005; D'AMOUR et al., 2008).

Os Cuidados Colaborativos podem ser compreendidos como uma intervenção organizacional multifacetada que inclui uma série de componente como: a introdução de um papel de gestor de casos na AB; mecanismos para promover uma ligação mais estreita entre generalistas e especialistas em torno do cuidado a um paciente; e mecanismo de coleta e compartilhamento de informação sobre o cuidado de pacientes (BOWER et. al., 2006). A noção

de Cuidados Colaborativos apresenta algumas convergências e divergências quando comparado à metodologia do AM. Enquanto convergências destacam-se a realização de atividades colaborativas diretas em torno de problemas clínicos como a discussão de casos, construção de projetos terapêuticos conjuntos e suporte educacional. Já no que diz respeito às diferenças, salienta-se que os Cuidados Colaborativos preveem maior estruturação das atividades colaborativas, bem como maior apoio organizacional à colaboração (SARAIVA; ZEPEDA; LIRIA, 2020).

A colaboração interprofissional pode ser concebida como um processo complexo e dinâmico que compreende a construção de uma relação que integra as perspectivas de cada profissional e de uma ação coletiva voltada para a complexidade das necessidades do usuário (D'AMOUR et. al., 2005). A colaboração é influenciada por aspectos organizacionais, a exemplo da formalização dos processos e uma governança voltada para o compartilhamento entre os trabalhadores e serviços, bem como por características relacionais como o compartilhamento de visões e objetivos, além de confiança e reconhecimento mútuo das ações dos trabalhadores (D'AMOUR et. al., 2008). Algo que será mais bem abordado no capítulo sobre a colaboração interprofissional.

Conforme apontado anteriormente, no que diz respeito ao cuidado em saúde mental, a política oficial espera que os NASF se integrem à RAPS a partir das demandas articuladas junto às equipes de Saúde da Família, buscando favorecer a reinserção social dos usuários e a melhor utilização de recursos comunitários na busca de melhores práticas em saúde (BRASIL, 2008). Dessa forma, além de apoiar a atuação das ESF em seu processo de trabalho, o NASF tem como função auxiliá-las em sua articulação com os outros pontos da rede, bem como com os equipamentos sociais disponíveis nos territórios, ampliando, portanto, suas possibilidades de coordenação do cuidado.

As demandas de saúde mental aportam, também, desafios singulares à colaboração entre as equipes NASF/ESF. A mudança do modelo de atenção aos problemas de saúde mental, preconizada pela Reforma Psiquiátrica, não se restringe à substituição de serviços para tratamento, como vem ocorrendo com o fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos e ampliação do número de CAPS no país. Ela implica, também, a mudança nos modos de compreensão da “loucura” e do sofrimento mental, operando um deslocamento de uma concepção baseada na noção de patologia, como explicação central para o sofrimento, e na noção de cura, entendida como remissão de sintomas, bem como na superação da exclusão do sujeito-usuário de seu processo de tratamento (DELGADO, 2007). Há, portanto, a necessidade de ampliação da clínica, de desmedicalização do processo de cuidado e de reconhecimento da

autonomia dos usuários. Nesse sentido, a implantação dos NASF tem a potência de, por meio da metodologia de ação do AM, qualificar as ESF apoiando-as nas demandas cotidianas, atuando como um disparador da ampliação da clínica das equipes para as dimensões subjetiva e social dos sujeitos (FIGUEIREDO; ONOCKO-CAMPOS, 2008; ONOCKO-CAMPOS et al., 2011) e, com isso, promover um processo de desmedicalização das práticas de cuidado.

A implantação do NASF, em geral, busca inserir mais ativamente a saúde mental no contexto das UBS por meio de ações em colaboração com as eSF, porém, a cultura organizacional presente na AB aporta desafios para a ampliação do cuidado em saúde mental. Em geral, as eSF reconhecem as demandas de SM como algo distante de suas possibilidades de atuação e de seus conhecimentos técnicos. Consequentemente, sentem-se despreparadas e impotentes para cuidar de usuários com sofrimento psíquico e acabam por considerar tal demanda de cuidado como algo que necessita de um olhar especializado, refletindo numa prática baseada em encaminhamentos (DIMENSTEIN; SEVERO; GALVÃO, 2009).

Diante disso, tem sido apontado que a colaboração entre os NASF-AB e a ESF é incipiente em muitos municípios e que deveria incluir também os profissionais do CAPS, o que contribuiria para a integração do trabalho na rede de saúde mental (HIRDES; SCARPARO, 2015). Além dos CAPS, compreendemos que há necessidade de colaboração entre os demais pontos da rede de saúde mental, como, por exemplo, a atenção secundária ambulatorial (nos locais em que esta estiver disponível) e a rede intersetorial.

Diversos municípios contam com ambulatórios de saúde mental que existiam antes da criação da RAPS. Tais ambulatórios, em geral, ofertam atendimentos psicológicos e psiquiátricos para a população que busca cuidados em situação de sofrimento psíquico de diferentes formas e intensidades. Em geral, encontram-se pouco articulados com a rede de saúde mental, o que caracteriza uma necessidade maior de colaboração entre as diferentes equipes que atuam no cuidado em saúde mental no território. Isso porque se compreende que tal colaboração permite o desenvolvimento de possibilidades mais criativas e efetivas para articulação de instituições, setores e atores com diferentes lugares sociais (TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017).

Objetivos da pesquisa e estrutura da tese

Considerando as discussões até aqui apontadas, esta tese teve como objetivo geral analisar a colaboração interprofissional entre trabalhadores de diferentes serviços no cuidado em saúde mental, considerando a interdependência entre aspectos estruturais, organizacionais e intersubjetivos, a partir da experiência do NASF-AB em um município do estado do Rio de Janeiro. E como objetivos específicos:

1. Identificar os processos de colaboração interprofissional entre trabalhadores de diferentes serviços, no âmbito da saúde mental, desenvolvidas a partir do NASF-AB.
2. Compreender os sentidos (e a relevância) da colaboração no cuidado em saúde mental para profissionais de saúde e gestores envolvidos.
3. Discutir os condicionantes estruturais, organizacionais e intersubjetivos ligados à dinâmica de colaboração no cuidado em saúde mental.
4. Analisar as possibilidades e limites para a colaboração interprofissional entre trabalhadores de diferentes serviços no âmbito da saúde mental.

Desenvolvido a partir de uma pesquisa qualitativa, fundamentada na hermenêutica filosófica, o trabalho de campo se pautou na realização de um estudo de caso único em um município do estado do Rio de Janeiro. Tal estudo utilizou como estratégias metodológicas a realização de observação participante, grupos focais narrativos e entrevistas individuais semiestruturadas. De maneira complementar, foram, também, analisados documentos disponibilizados pelos trabalhadores e gestores do município.

O material produzido ao longo de todo o trabalho de campo foi analisado a partir da perspectiva da hermenêutica filosófica (GADAMER, 2003), do referencial teórico de autores do campo da saúde pública/coletiva que discutem a temática da colaboração no trabalho, por exemplo CAMPOS (1999) e D'AMOUR et al., (2005), do referencial teórico sobre o imaginário social/organizacional da psicossociologia francesa (ENRIQUEZ, 1974, 2001a,b,c,d, 2014) e da filosofia de Cornelius Castoriadis (CASTORIADIS, 1982, 2004) e, por fim, a partir da contribuição da psicodinâmica do trabalho a respeito da cooperação (DEJOURS, 1993, 2004, 2012).

Sendo assim, esta tese se divide em quatro (4) capítulos. No primeiro apresentamos uma revisão narrativa a respeito do NASF-AB, do Apoio Matricial e da colaboração interprofissional. Nesse capítulo, abordamos a literatura a respeito das experiências de implantação e avaliação dos NASF-AB, apresentando os principais desafios que são identificados na implantação deste arranjo, principalmente no que diz respeito a integração

NASF-AB/ESF e na articulação com outros pontos de cuidado na rede de saúde. Em seguida, fazemos uma reflexão a respeito da colaboração interprofissional de maneira geral e em sua especificidade na relação entre o NASF-AB e as eSF.

No segundo capítulo, tratamos da abordagem metodológica utilizada na pesquisa, refletindo sobre o processo de produção, análise e interpretação do material produzido. Ao final dele são descritas as estratégias metodológicas utilizadas e seu emprego na realidade investigada.

No terceiro capítulo desenvolvemos uma caracterização dos processos de colaboração identificados. No começo dele caracterizamos os serviços da rede de cuidados em saúde mental, os processos de colaboração relatados, bem como o lugar que a colaboração ocupa no discurso dos sujeitos. Em seguida, apresentamos o NASF-AB no município de uma maneira geral e a estratégia de qualificação dos processos de trabalho das equipes NASF-AB/ESF, desenvolvida pelos trabalhadores. Na sequência, caracterizamos os processos de trabalho e de colaboração entre a equipe NASF-AB e duas eSF escolhidas para aprofundamento do estudo de caso. Por fim, são apresentadas as narrativas construídas a partir dos grupos focais narrativos com os profissionais dessas equipes.

No último capítulo, apresentamos de forma mais analítica os resultados da pesquisa e uma discussão baseada nos referenciais escolhidos. No primeiro eixo, analisamos a colaboração interprofissional pela perspectiva do imaginário social/organizacional e seus impactos para o estabelecimento de projetos comuns para o cuidado na rede de cuidados em saúde mental e na especificidade da AB. No segundo eixo, analisamos a colaboração interprofissional, utilizando a discussão de Dejours a respeito da cooperação entre os trabalhadores, com destaque às especificidades da interação entre o NASF-AB e as eSF.

2 REVISÃO NARRATIVA: NASF-AB, APOIO MATRICIAL E COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL

No primeiro item deste capítulo discutimos alguns elementos relatados nas análises de experiências de implantação do NASF-AB e do apoio matricial na atenção primária. A partir deste material, tentaremos apontar algumas características identificadas enquanto limites e possibilidades do arranjo, em especial no que diz respeito à integração NASF-AB/ESF e na articulação com outros pontos de cuidado na rede de saúde.

No segundo item apresentamos uma reflexão sobre a colaboração interprofissional para discutir as características e especificidades referentes à colaboração entre as equipes NASF-AB/ESF - tanto do ponto de vista de seus aspectos organizacionais, quanto do ponto de vista relacional da dinâmica que estrutura os processos de colaboração. Ao fim desta argumentação, buscamos refletir, de maneira um pouco mais aprofundada e exploratória, a respeito de aspectos relacionais e intersubjetivos que impactam nos processos de colaboração em geral e, especificamente, no NASF-AB.

2.1 AS EXPERIÊNCIAS DA IMPLANTAÇÃO DO NASF E DO AM

Em uma revisão bibliográfica sobre o apoio matricial enquanto articulador das relações interprofissionais entre AB e serviços especializados, Castro e Campos (2016) avaliam as principais contribuições e impasses identificados na literatura científica entre os anos de 1999 e 2013. De acordo com os autores, o AM foi valorizado enquanto uma proposta inovadora, importante para a transformação do modelo assistencial, porém, encontra-se enredado em desafios classificados pelos autores em dois grandes grupos: por um lado, ligados à implantação de suas diretrizes e, por outro lado, ligados a superação de problemas estruturais do SUS.

Quanto aos desafios ligados à implantação das diretrizes do AM, os autores apontam a resistência dos profissionais da AB quanto à prática do AM. Tal resistência ocorre devido ao pouco conhecimento dos profissionais sobre o AM, a uma forte adesão destes ao modelo biomédico, o que explicaria sua dificuldade em aceitar um novo modo de organização do trabalho. Além disso, parte dos estudos analisados identificaram uma tendência por parte dos trabalhadores das equipes de atenção básica em compreender o AM como um aporte de trabalho ou, ainda, como uma transferência de responsabilidade dos serviços especializados para a AB, o que os poderia sobrecarregar (CASTRO; CAMPOS, 2016).

Alguns artigos analisados pelos autores afirmam, também, que a organização da maioria dos serviços de saúde (pautadas no modelo hegemônico tradicional), mostra-se um importante fator dificultador, na medida em que neste modelo de gestão há a predominância da lógica hierárquica, estruturada fortemente em protocolos burocráticos e com processos de trabalho centrados no médico (CASTRO; CAMPOS, 2016). Aponta-se, ainda, como desafio para realização do apoio matricial, a existência de uma cultura dominante que toma o saber profissional nuclear como propriedade privada, estabelecendo uma relação de mútua exclusão de responsabilidade entre os profissionais (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Outro desafio elencado diz respeito à gestão baseada em produção e metas (presente mais frequentemente em serviços administrados por organizações sociais). Este modelo de gestão elenca dificuldades para o matriciamento, pois prioriza o atendimento individual em detrimento de outras atividades assistenciais. Há, ainda, a presença de diferentes vínculos de trabalho entre os profissionais, o que dificultaria a reorganização do trabalho em saúde (CASTRO; CAMPOS, 2016).

A política de gestão centrada em metas de produção tem implicações para as relações de interação e, conseqüentemente, para o desenvolvimento de um trabalho colaborativo no caso dos NASF. O trabalho de matriciamento do NASF acaba sendo guiado pelas metas de produção das equipes de SF. Como as demandas das equipes de SF são o principal guia do trabalho do NASF, a necessidade de cumprimento de metas acaba por dirigir as ações e interações, em detrimento da qualidade dos resultados finais a serem alcançados (MATSUDA et al., 2015).

Quanto aos problemas estruturais do SUS que influenciam o matriciamento, pode ser citado que, devido à escassez de serviços especializados, ocorre uma utilização equivocada dos NASF de maneira substitutiva a tais serviços. Os NASF são vistos como um modo de suprir uma falha da rede de saúde quanto à ausência de centros de serviços especializados, aproveitando um recurso disponível que não foi previsto para tal função (CUNHA; CAMPOS, 2011). Em relação a isso, vale ressaltar que cabe aos profissionais do NASF desenvolverem, também, ações e atendimentos diretos à população. Porém, isso se trata de apenas uma parte de suas atribuições, sendo que estas ações devem ser feitas preservando o contato com as ESF, que mantém a corresponsabilidade pelos usuários. Assim, o problema não é que o NASF atenda a população em determinados momentos, mas que resuma seu escopo de ação a isso e o faça de modo isolado, sem cooperação com os profissionais da ESF, reproduzindo a prática dos ambulatorios de especialidade.

A rede de cuidados especializados é reconhecida como heterogênea e insuficiente, constituindo um gargalo para o sistema de saúde brasileiro (TESSER; POLI NETO, 2017

CASTRO; CAMPOS, 2016; MAGALHÃES JÚNIOR, 2014). Há, em muitas regiões do país, insuficiência na oferta de serviços e carência de profissionais (em especial, médicos especialistas), bem como dificuldades na regionalização e dependência do setor privado, o que reforça a fragmentação do sistema (MAGALHÃES JÚNIOR, 2014). Além da carência de serviços referentes à atenção especializada, estudos apontam a necessidade de construção de diretrizes operacionais claras e de recursos para sua estruturação em um formato organizativo que possa ser induzido nacionalmente, como ocorreu com a ESF (TESSER; POLI NETO, 2017). Tesser e Poli-Neto, por exemplo, defendem a necessidade de elaboração e indução de um formato organizacional para os serviços de cuidado especializados, que tome por base a experiência dos NASF (TESSER; POLI NETO, 2017).

O cuidado especializado é necessário para dar efetividade e continuidade ao cuidado iniciado na AB. Sua disponibilidade no sistema atua no sentido de garantir a integralidade do cuidado. A falta de serviços especializados remete à concepção de uma AB seletiva, que de porta de entrada preferencial, torna-se a única porta possível para o sistema (KLEIN; D'OLIVEIRA, 2017). Assim, a retaguarda assistencial de especialistas é fundamental para que o NASF não assuma o papel de realização exclusiva de atendimentos especializados, reproduzindo um modelo antagônico ao que é defendido em sua definição oficial (PANIZZI, 2015).

Outros estudos que analisaram experiências de implantação dos NASF apontam algumas incoerências no seu funcionamento, em parte vinculadas à abrangência das diretrizes para implantação de tais núcleos.

As diretrizes para o trabalho do NASF são identificadas como abrangentes e pouco claras, o que dificulta sua apropriação por parte dos profissionais e gestores (HORI E NASCIMENTO, 2014; CORREIA, GULART E FURTADO, 2017), podendo levar a um insuficiente direcionamento político e tecnoassistencial na indução da implantação do NASF pelo MS. Isso, por sua vez, resulta em diferentes processos de trabalho, e definição das ações com base estritamente empírica ou contingente (ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013; AZEVEDO; KIND, 2013; LANCMAN et al., 2013; HORI; NASCIMENTO, 2014).

Alguns autores argumentam que a abrangência/abertura dos documentos que regem o NASF, por um lado, possibilita a adaptação às especificidades locais, por outro, gera dúvidas e espaços para manipulações contraditórias aos princípios do SUS (ARAÚJO E GALIMBERTTI, 2013). Tais possibilidades de manipulação de princípios, permite que a implantação do NASF reforce lógicas tradicionais e antagônicas ao modelo defendido (SAMPAIO et al., 2012).

Em relação à implantação dos NASF em Campina Grande-PB (SAMPAIO et al., 2012), por exemplo, os autores apontam que as equipes executam seu trabalho de maneira peculiar, de acordo com as características das ESF que apoiam, de seus próprios recursos e da maneira como compreendem o que é matriciamento. Algo que não seria necessariamente problemático, se a flexibilidade de sua atuação estivesse voltada para uma adequação da proposta do AM à realidade do território em que está implantado, o que não ocorreu na realidade descrita pelo estudo.

Aponta-se, também, uma percepção de isolamento por parte dos trabalhadores do NASF. Em um estudo sobre os sentidos atribuídos ao trabalho desenvolvido pelos profissionais do NASF (REIS et al., 2016), este isolamento é destacado tanto no sentido físico (de lotação das equipes de NASF em locais separados da ESF), quanto na relação com as equipes e com a gestão, decorrente, em parte, da diferença de vínculos de trabalho experimentados no município estudado pelos autores. Diante de tal isolamento, o estudo aponta a necessidade de incremento de competências relativas à comunicação e ao compartilhamento no processo de trabalho. Os processos de comunicação mostram-se essenciais para a efetivação do trabalho interprofissional, na medida em que está atrelado às possibilidades e oportunidades de trocas de saber, bem como a discussão e elaboração conjunta de planos de cuidados.

Outra análise importante diz respeito ao peso que vem sendo dado às atividades generalistas em detrimento das atividades referentes ao núcleo de conhecimento dos profissionais que compõem as equipes do NASF. Tesser (2017) critica a realização de atividades generalistas pelo NASF e defende que as ações especializadas devem ocupar a maior parte de sua agenda. De acordo com o autor, a realização de atividades generalistas por parte do NASF induziria a um afastamento da atuação nuclear dos apoiadores, atuação que se configura enquanto importante para um conjunto de usuários que necessitam de cuidado especializado acessível. Para ele, a contribuição do NASF é menor quando atua em situações que não requerem o saber especializado do profissional, em comparação a realização de atendimentos individuais pela equipe NASF filtrados pela ESF, desde que haja um processo constante de discussão dos casos e dos critérios de filtragem (acionamento do apoio) (TESSER, 2017).

Tesser (2017) apresenta dois argumentos em favor da prática nuclear dos profissionais do NASF que se complementam no sentido de qualificação da atenção especializada. De acordo com o autor, por um lado, o suporte técnico-pedagógico do matriciamento será mais efetivo se o matriciador estiver disponível para intervir quando necessário (assumindo a prestação do

cuidado especializado), por outro, a organização do cuidado especializado se qualifica com a capacidade que a função de apoio tem em induzir a melhoria da filtragem dos usuários.

O autor afirma que a proximidade da equipe de referência com a equipe de apoio geraria um incremento da disponibilidade da assistência especializada e da confiança das equipes de referência em contar com o atendimento dos profissionais que realizam o apoio. Ao mesmo tempo, esta proximidade possibilitaria induzir uma melhor avaliação dos casos que necessitam de um atendimento especializado, evitando uma ampliação das filas de espera e da realização de encaminhamentos desnecessários para outro nível de cuidado (TESSER, 2017).

O autor, também, problematiza as reuniões de matriciamento que, de acordo com ele, quando idealizadas como único ou principal espaço de atuação e troca, tendem a obstruir, burocratizar e enrijecer a ação do NASF. A partir deste argumento, compreende-se que os espaços interdisciplinares estão para além de tais reuniões e dos atendimentos compartilhadas, mas que incluiriam também trocas informais entre equipe de apoio e referência (TESSER, 2017).

A reflexão de Tesser a respeito do trabalho do NASF é importante para compreensão de alguns desafios a serem enfrentados quanto a algumas apreensões equivocadas do trabalho do NASF, em especial no que diz respeito a um apagamento da função do núcleo de conhecimento dos trabalhadores e a realização quase exclusiva de atividades de caráter educativo pelo NASF. Porém, compreendemos que as ações específicas do apoio técnico pedagógico (como, por exemplo, as reuniões de matriciamento) têm potência para transformação dos processos de cuidado e do modo como os profissionais da AB percebem o cuidado aos usuários, além de ajudar a qualificar as equipes em seus processos de gestão do cuidado, algo que não deve ser perdido.

Nesse sentido, o NASF ainda lida com um descompasso entre sua concepção, tal como anunciada pelo Ministério da Saúde, e a heterogeneidade da realidade político-institucional do país. Heterogeneidade esta que gera uma diversidade de configurações em sua implantação nos municípios. Sendo assim, no que diz respeito aos processos de avaliação, compreende-se que seja precoce a realização de estudos que busquem avaliar os resultados ou impactos da implantação do NASF. Recomenda-se, portanto, que os estudos devem focar o processo de implantação do arranjo organizacional, considerando os aspectos ligados à sua concepção e funcionamento (CORREIA, GULART E FURTADO, 2017).

Em uma avaliação de implantação dos NASF do estado de Santa Catarina, Panizzi (2015) identificou enquanto aspectos favoráveis: o apoio da gestão, a suficiência de recursos estruturais, a qualificação dos profissionais, a boa comunicação, o planejamento e a atuação

articulada entre equipes. A autora destaca o papel estratégico dos gestores e profissionais de saúde na condução dos NASF. Para ela, a presença de gestores com afinidade ideológica com a proposta do NASF, bem como a presença de profissionais com compreensão do papel do NASF e comprometimento com os princípios da AB teve grande importância para o sucesso da implantação.

Frente à implantação parcial de uma das equipes NASF, Panizzi (2015) destaca a precária organização do processo de trabalho da AB no município. Para ela, apesar do NASF em questão estar vinculado a apenas uma ESF, o arranjo não conseguiu se conformar enquanto apoio matricial, mantendo sua prática centrada em atendimentos individuais e com incipientes propostas colaborativas e interdisciplinares apresentando, portanto, pouca integração entre o trabalho das equipes NASF/ESF.

De acordo com Panizzi (2015), a organização do NASF depende do seu alinhamento com a organização do processo de trabalho da ESF e da AB do município. Ao mesmo tempo, o NASF, nos casos estudados pela autora, foi participante ativo na reorganização dos processos de trabalho na ESF, o que decorreu da mudança de atitude dos atores envolvidos, que, convidados a pensar e questionar suas ações, aceitaram o desafio e foram capazes de ressignificar sua prática em saúde. Com isso, desperta a atenção para uma capacidade que o NASF possui de provocar uma reestruturação produtiva na AB (PANIZZI, 2015; PANIZZI et al., 2017). Trata-se de uma questão que abordaremos novamente ao discutir a colaboração interprofissional na realidade do NASF.

De forma geral, o termo “reestruturação produtiva” aparece na produção científica no sentido de uma transformação nos processos de trabalhos, resultante de uma transição tecnológica que leva a uma flexibilização do trabalho na cadeia produtiva, e na grande maioria das vezes, acompanhada de um processo de terceirização e precarização dos vínculos de trabalho. O conceito de reestruturação produtiva a que Panizzi et al., (2017) se referem baseia-se nas proposições de Franco e Merhy (2013), tratando de uma reorganização do modo de produzir o cuidado no cotidiano das equipes de saúde. Neste sentido, a reestruturação produtiva pode envolver a apropriação de novas tecnologias de trabalho por parte dos trabalhadores, porém, neste caso, trata-se de “tecnologias” de natureza relacional, voltadas para a ampliação da clínica, acompanhadas de uma reorganização das rotinas e fluxos de trabalho e de um processo de compartilhamento das decisões.

No que diz respeito à saúde mental, têm sido apontados efeitos positivos da metodologia do AM utilizada pelo NASF no processo de integração da saúde mental na AB numa direção semelhante ao que é apontado por Panizzi et.al., (2017).

O AM mostrou-se potente para definir fluxos de cuidado, funcionando como um dispositivo articulador da rede e promotor de uma assistência conjunta e compartilhada por meio da corresponsabilização pelos casos atendidos na AB (ONOCKO-CAMPOS et al., 2011; DIMENSTEIN; GALVÃO; SEVERO, 2009). Além disso, tal metodologia de cuidado tem a capacidade de qualificar as ESF apoiando-as nas demandas cotidianas, aumentando a resolutividade da AB e atuando como um disparador da ampliação da clínica das equipes interdisciplinares para as dimensões subjetiva e social dos sujeitos (ONOCKO-CAMPOS ET.AL., 2011; FIGUEIREDO E ONOCKO-CAMPOS, 2008).

2.2 REFLEXÕES SOBRE A COLABORAÇÃO ENTRE AS EQUIPES NASF/ESF NO ÂMBITO DOS CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL

O trabalho realizado pelo NASF-AB no cuidado em saúde mental é altamente dependente da colaboração direta com as equipes de Saúde da Família e de sua articulação com a rede de atenção psicossocial (RAPS). Apesar de o NASF-AB e a ESF se constituírem enquanto equipes de natureza distintas, a atuação do NASF-AB que deve ser realizada de maneira integrada às equipes de SF torna a colaboração inerente a seu processo implantação. Assim, se queremos fazer a transição para formas mais integradas de organização, é fundamental entender melhor o processo de colaboração entre os profissionais de saúde.

Por essa razão, faz-se necessário refletir a respeito dos limites e possibilidades para o trabalho colaborativo em saúde de modo geral para, em seguida, reposicionar o debate em torno das características e desafios da colaboração no âmbito da integração do NASF-AB na AB e no cuidado em saúde mental.

Neste ponto, faz-se necessário estabelecermos uma mediação entre duas noções que serão utilizadas na tese: colaboração interprofissional (D'AMOUR, 2005, 2008) e cooperação (DEJOURS, 2004, 2012). Apesar de entendermos a articulação entre essas noções como algo relevante, é necessário estabelecer as distinções entre eles, já que se originam de campos distintos de conhecimento e se expressam a partir de palavras sinônimas.

As duas noções, apesar de versarem sobre o trabalho, o fazem a partir de perspectivas diferentes. O referencial a respeito da colaboração interprofissional (D'AMOUR et al., 2005, 2008) parte da teoria da ação coletiva da sociologia das organizações, buscando compreender os elementos que podem favorecer a colaboração entre os trabalhadores nos serviços de saúde voltada a um objetivo comum, isto é, a complexidade das necessidades de saúde do usuário, construindo um modelo teórico a respeito da colaboração interprofissional no setor saúde

bastante utilizado. Já as reflexões acerca da cooperação têm como base os estudos de Christopher Dejours, o principal teórico da Psicodinâmica do Trabalho. Trata-se de uma abordagem teórica fortemente influenciada pela psicanálise, que investiga o trabalho de modo geral (não optando, portanto, a analisar a especificidade do setor saúde na maior parte da sua obra) e se concentra, dentre outras coisas, nas temáticas da cooperação entre os trabalhadores, as experiências de sofrimento no trabalho e suas estratégias de enfrentamento.

A colaboração interprofissional pode ser concebida como um processo complexo e dinâmico que compreende a construção de uma relação que integra as perspectivas de cada profissional e de uma ação coletiva voltada para a complexidade das necessidades de saúde dos usuários (D'AMOUR et. al., 2005). Conforme já exposto, a colaboração é influenciada tanto por aspectos organizacionais, como por características relacionais da dinâmica de articulação entre os trabalhadores (D'AMOUR et. al., 2008).

Já a cooperação, na perspectiva de Dejours, pode ser compreendida como a vontade das pessoas de trabalharem juntas e de superarem coletivamente as contradições que surgem da própria natureza ou da essência da organização do trabalho (DEJOURS, 2004). A cooperação, portanto, não pode ser prescrita nem decretada. Para o autor, ela depende da possibilidade de os agentes estabelecerem entre si relações intersubjetivas de confiança. Esta, em sua visão, não é apenas um sentimento, mas diz respeito sobretudo à ordem do deontológico, ou seja, da construção de acordos, normas e regras que enquadram a maneira como se executa o trabalho (regras de trabalho) (DEJOURS, 2004, 2012). O autor compreende a cooperação como um fenômeno que ocorre nas relações de trabalho, a menos que sejam impedidas (patologias de solidão) e os trabalhadores não consigam estabelecer relações intersubjetivas de confiança.

Podemos compreender a cooperação como um dos aspectos da colaboração, um aspecto mais profundo e indeterminado na relação entre os trabalhadores, mas, ao mesmo tempo, um aspecto que é influenciado pela configuração de um ambiente organizacional que permite a mobilização das inteligências práticas dos trabalhadores e a construção de uma relação de respeito e confiança mútua entre os trabalhadores.

Um outro aspecto que diferencia tais conceitos é a dimensão ética. A ideia de colaboração interprofissional insere um aspecto ético em torno do qual os sujeitos colaboram para produção de cuidados, avaliando se estas alianças se orientam para o interesse dos usuários (“*Client-centred orientation*”) ou para outros interesses (D'AMOUR et. al., 2008). Enquanto na visão de Dejours, a questão ética está afóra da cooperação e se articula com outros aspectos dos coletivos e não apenas sua capacidade de trabalharem juntos. Há o questionamento, portanto, se a cooperação leva à produção de uma obra coletiva em favor do “mundo”, ou se,

por outro lado, os sujeitos se reúnem em torno de identidades que praticam a exclusão dos outros, levando até à banalização do mal.

A discussão que Dejours elabora a respeito da cooperação entre os trabalhadores nos proporciona uma perspectiva crítica a respeito da colaboração. Já a noção trazida por D'Amour et al., (2008) elenca desafios referentes à organização do trabalho no setor saúde, considerando a missão dos serviços de saúde, e partindo do pressuposto de que o objetivo da colaboração entre os trabalhadores é qualificar a ação voltada para a complexidade dos problemas de saúde dos usuários.

A noção de colaboração interprofissional

O trabalho em saúde é quase sempre situado em ambientes coletivos com interações constantes com outros trabalhadores. Essas interações assumem diferentes formas, uma das quais é a colaboração. O termo colaboração traz a ideia de compartilhar e implica ação coletiva orientada para um objetivo comum, em um espírito de harmonia e confiança. A colaboração se caracteriza por ser um processo complexo, voluntário e dinâmico. Tal complexidade se traduz em uma variedade de graus de colaboração, cujo processo é sujeito a constante mudança (D'AMOUR et. al., 2005).

Há algumas características do setor saúde que tornam a demanda pela realização de colaboração no trabalho ainda mais premente. Neste setor, os profissionais lidam com problemas complexos cujos desdobramentos são sempre incertos e requerem interdependência entre as ações dos diferentes profissionais envolvidos na relação de cuidado (D'AMOUR et al., 2005). Contudo, algumas outras características do setor podem ser vistas como razões para a realização do trabalho colaborativo e, ao mesmo tempo, desafios para a realização dele. O setor saúde é marcado por grande especialização em categorias e procedimentos, o que acarreta alienação diante da tarefa de realizar um cuidado integral aos usuários. A proposta de trabalho em colaboração interprofissional busca, portanto, responder à necessidade de reagrupamento de conhecimentos fragmentados, como forma de diminuir a alienação do trabalhador e evitar a duplicidade de cuidados (FURTADO, 2007).

Outra característica do setor saúde é que os seus trabalhadores comumente privilegiam orientações exteriores, em detrimento daquelas oriundas das organizações onde prestam o cuidado. Desde sua formação, são incentivados a adotar uma visão baseada numa lógica disciplinar/coorporativa a respeito dos usuários que atendem e dos serviços que oferecem

(D'AMOUR et al., 2005). Esta visão torna o trabalho fragmentado e com poucas atividades de colaboração.

As organizações de saúde se caracterizam como “burocracia de tipo profissional” (MINTZBERG, 2003), na qual os trabalhadores operam com coeficientes ampliados de autonomia. Neste tipo de organização, comumente, ocorre uma descentralização das decisões (grande parte das decisões que seriam tomadas pela gestão em outros tipos de organização, na burocracia de tipo profissional são tomadas pelo seu núcleo operacional). Esta característica das organizações de saúde faz com que a gestão encontre constrangimentos para sua ação na tentativa de controle do trabalho, mas também no processo de promover mudanças como, por exemplo, promover o incremento da colaboração. O campo das organizações de saúde é atravessado e constituído por relações de poder, marcado, portanto, por disputas, acordos e composições, coalizões, afetos (CECÍLIO, 2009). Além disso, de modo geral, os trabalhadores são independentes entre si e atuam diretamente com os usuários de seus serviços.

Outra característica importante a ser destacada é a que as ações em saúde, em especial na saúde mental, exigem trocas intersubjetivas (FURTADO, 2007). O trabalho em saúde tem por característica depender do encontro entre trabalhadores e entre trabalhadores e usuários em um processo de produção descrito por Merhy (1998) como “trabalho vivo em ato”. No “trabalho vivo em ato”, o produto do trabalho em saúde se efetiva em sua própria atuação, não havendo produção externa a este ato, e, portanto, não existindo separação entre o momento da produção e do consumo do que é produzido.

De acordo com uma revisão sobre colaboração interprofissional (D'AMOUR et. al., 2005), alguns estudos apontam que o paternalismo na relação de cuidado é diminuído quando o usuário é atendido por uma equipe interprofissional em comparação com um atendimento por um profissional trabalhando isoladamente.

Estas características descritas acima tornam a colaboração uma característica importante para a qualificação do cuidado, ao mesmo tempo em que se constitui em um desafio em meio às lógicas de funcionamento das organizações de setor saúde e das formas de sociabilidade contemporâneas, marcadas pelo individualismo, que atravessam a sociedade e impactam nos modos de viver e trabalhar coletivamente. Alcançar a transformação para formas mais colaborativas de trabalho não é uma tarefa fácil e a questão atravessa uma série de fatores interacionais, organizacionais e sociopolíticos (D'AMOUR et al., 2008).

As diferentes formas de articulação entre profissionais

Há diferentes perspectivas de análise da articulação interprofissional, que descrevem um espectro contínuo relativo à autonomia profissional. Em um extremo do espectro, os profissionais intervêm de forma autônoma, criando, dessa forma, uma prática paralela entre eles. No outro extremo do espectro, os profissionais têm uma margem de autonomia mais estreita, mas a equipe como um todo é mais autônoma e seus membros estão mais bem integrados. A nomenclatura para as diferentes posturas é classificada desde uma perspectiva multidisciplinar, passando pela interdisciplinaridade e chegando até a uma perspectiva que defende a transdisciplinaridade (D'AMOUR et al., 2005). Existem outras nomenclaturas menos usuais como pluridisciplinaridade, porém nos deteremos a descrever apenas as três citadas, por apresentarem maior relevância para a discussão.

Na perspectiva da formação de equipes multidisciplinares, diferentes profissionais trabalham em um mesmo projeto, porém de maneira independente ou paralela. Esta concepção evoca uma justaposição de vários profissionais e competências, interagindo de forma limitada e transitória. O desenvolvimento de estruturas é, no entanto, indispensável para apoiar a equipe e promover a sinergia no trabalho conjunto, na medida em que, embora os membros de uma equipe multidisciplinar não se encontrem necessariamente, devem conseguir trabalhar de forma coordenada.

A perspectiva de colaboração interdisciplinar implica um grande grau de colaboração entre os membros da equipe. A equipe interdisciplinar envolve um esforço para integrar e traduzir, pelo menos até certo ponto, temas e esquemas compartilhados por várias profissões. Nessa medida, o prefixo "inter" não se refere apenas a uma pluralidade ou justaposição, mas a um espaço comum, um elemento de coesão.

A perspectiva transdisciplinar trata de uma concepção de prática colaborativa em que os limites entre as disciplinas se tornam indefinidos ou desaparecem. Uma equipe transdisciplinar é caracterizada por uma troca deliberada de conhecimentos, habilidades e conhecimentos que transcendem as fronteiras da disciplina tradicional.

A colaboração profissional em uma perspectiva interdisciplinar

A perspectiva interdisciplinar será utilizada neste trabalho por se relacionar a uma concepção mais coerente com a realidade dos serviços de saúde. Esta escolha se justifica por considerar que a concepção multidisciplinar pouco avança na integração dos saberes e das práticas profissionais. Já a postura transdisciplinar, ao pretender transcender os espaços disciplinares, ultrapassaria o que é considerado aceitável, no contexto brasileiro, por parte dos

conselhos e outros reguladores formais das profissões de saúde. Além disso, a indefinição dos limites disciplinares e a supressão da identidade profissional (conquistada pelas profissões ao longo do tempo, muitas vezes, por meio de uma série de disputas) estariam muito distantes da realidade da prática comum dos profissionais de saúde no país (FURTADO, 2009).

A perspectiva interdisciplinar depende de uma integração, estimulada pela existência de um objetivo comum e estruturada em torno de um processo comum de tomada de decisão. Os diferentes discursos possíveis na prática interprofissional refletiriam parte da realidade, indicando ter havido cooperação e coordenação entre as disciplinas. A colaboração interprofissional é baseada em uma integração do conhecimento e experiência de cada profissional, de modo que as soluções para problemas complexos podem ser propostas de forma flexível e aberta.

Provocados a estabelecer relacionamentos interdependentes para atender às necessidades de seus clientes, os membros de equipes interdisciplinares, envolvidos em relação de interdependência, abrem seus limites territoriais para garantir uma maior flexibilidade no compartilhamento de responsabilidades profissionais (traduzido de D'AMOUR et al., 2005, p. 120).²

O debate em torno da colaboração interprofissional numa perspectiva interdisciplinar aciona o antagonismo entre a diferenciação (buscada e alcançada através da identidade profissional) e a integração (requerida pela colaboração interprofissional e condição para qualificação da clínica) (FURTADO, 2009). Assim, constituem-se duas posturas antagônicas: o profissionalismo e a colaboração.

Profissionalismo, ou lógica profissional, pode ser compreendido como uma estratégia de retenção do conhecimento, buscando torná-lo o mais específico e misterioso possível. Trata-se de uma lógica marcada pela delimitação estrita de territórios de cada grupo profissional, algo que ocorre, de acordo com Furtado (2009, p. 246), através

(...) da assimilação de saberes específicos em suas respectivas faculdades e, mais tarde, por meio da vinculação a associações, conselhos de classe e código de ética, um indivíduo passará a compor um grupo exclusivo de profissionais, podendo aplicar conhecimentos abstratos, aprendidos por meio de sua formação, a casos sempre particulares com os quais irá se defrontar em sua lida cotidiana.

² “Brought into interdependent relationships in order to address their clients' needs, members of interdisciplinary teams open up their territorial boundaries in order to ensure more flexibility in the sharing of professional responsibilities”.

Por outro lado, a colaboração profissional demanda relações e interações nas quais os profissionais poderão colocar à disposição e partilhar seus saberes, especialização, experiência e habilidades entre si, com vistas a produzir melhor atenção ao usuário (FURTADO, 2009).

Porém, a concepção a-histórica da interdisciplinaridade/transdisciplinaridade leva a uma rejeição excessiva da especialização e desperta a ideia de um retorno a uma concepção holística perdida. Furtado (2007) afirma que o desafio de promover a colaboração não deve ser enfrentado negando a especificidade das profissões, mas tentando estabelecer conexões entre posições inicialmente antagônicas. Talvez a questão seja de reposicionar os profissionais em torno da pessoa e não a territórios de especialização, que as ações sejam “usuário-centradas” ao invés de “procedimento-centradas” (MERHY, 1998). Trata-se do que, por exemplo, busca-se promover com a reorganização dos serviços de saúde por meio da implantação de Unidades de Produção (CAMPOS, 1999), mas sem deixar de reconhecer o núcleo de conhecimento constituído pelos profissionais ao longo de sua trajetória pessoal e da trajetória do coletivo das diferentes profissões que compõem o campo da saúde.

Alguns desafios para a colaboração entre trabalhadores

A colaboração interprofissional, de acordo com D’AMOUR et al. (2005), é um processo complexo e dinâmico que possui dois elementos chave inseparáveis para sua realização: (1) a construção de uma ação coletiva voltada para a complexidade das necessidades do usuário e (2) a construção de uma vida em equipe que integra as perspectivas de cada profissional com respeito e confiança mútuos.

Para a autora, os dois propósitos parecem ser inseparáveis, na medida em que não se pode colaborar sem ter tomado o tempo para desenvolver uma vida coletiva. Concomitantemente, não há utilidade no desenvolvimento de uma vida coletiva sem que essa esteja direcionada a produzir respostas às necessidades de saúde dos usuários. Ainda assim, a colaboração deve ser entendida não só como um esforço profissional, mas também como um processo humano. Por esta razão, os trabalhadores não colaboram se o esforço envolvido for baseado apenas na noção de que será bom para o cuidado (D’AMOUR et al., 2005).

É possível localizar na formulação de algumas políticas que tratam do estímulo à colaboração entre os trabalhadores, uma postura que tende a assumir uma concepção um pouco voluntarista sobre eles. Parece haver uma expectativa (concepção “moral”) (CECÍLIO, 2007) a respeito do trabalho em colaboração, a partir do qual os trabalhadores adeririam

automaticamente aos ideais da interprofissionalidade, tendendo a colaborar uns com os outros simplesmente por este ser o modo “correto” de organizar o trabalho.

Cecílio (2007) faz uma reflexão importante a respeito da expectativa que formuladores de políticas ou, simplesmente, gestores alinhados aos princípios do SUS atribuem aos trabalhadores, mesmo nas propostas formuladas por sujeitos engajados na Reforma Sanitária. Para ele, existe certa postura (mesmo dentre aqueles que defendem uma concepção de gestão mais horizontal) que compreende o trabalhador em saúde enquanto forma de um “trabalhador moral”. Esse é visto como um sujeito moralmente comprometido com os ideais da gestão, que aderiria automaticamente aos projetos e conceitos propostos. Nas palavras do autor:

[...]o trabalhador moral poderia ser caracterizado como um ator desistorizado, desterritorializado e pronto a orientar, de forma automática, sua prática pelas diretrizes definidas pelos dirigentes das organizações” (CECÍLIO, 2007, p. 346).

Em alusão ao conceito de Cecílio (2007), talvez seja possível afirmar que as propostas sobre colaboração no trabalho (como, por exemplo, as normativas sobre o NASF) partem de uma concepção de um “coletivo moral”, um conjunto de trabalhadores prontos a orientarem suas práticas sinergicamente para as propostas de colaboração definidas pelos manuais que versam sobre a necessidade de integração entre trabalhadores e entre serviços, deixando de lado os conflitos entre os sujeitos.

Com isso, não temos como interesse afirmar a impossibilidade da colaboração, nem menosprezar as iniciativas voltadas para a valorização da interprofissionalidade e o compartilhamento do trabalho que tradicionalmente tem sido realizado de maneira fragmentada. Por outro lado, talvez mereça maior atenção a autonomia que os trabalhadores possuem na relação de trabalho e a necessidade de inclusão de mecanismos para lidar com os conflitos e tensões próprias ao trabalho, algo que é possível identificar na compreensão de Schwartz (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010) e Dejours (DEJOURS, 1993, 2004, 2012).

De acordo com Schwartz, o trabalhador é alguém que lida com “as infidelidades do meio”, mas que possui sempre alguma agência autônoma que se expressa nas escolhas do uso que faz de si para lidar com tais infidelidades (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010). Para ele, “a vida é sempre tentativa de criar-se parcialmente, talvez com dificuldade, mas ainda assim, como centro em um meio e não como algo produzido por um meio” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010, p. 190), ou seja, não podemos conceber uma heterodeterminação dos sujeitos em relação ao meio, pois a autonomia é característica inevitável. Ainda assim, o trabalho também envolve um uso de si pelos outros, e esta reflexão do autor parece ser profícua para pensar a colaboração.

Para Schwartz, uma compreensão sobre o trabalho, que não se restringe à pura execução de tarefas, implica lidar com a circulação entre as pessoas e sua criação de vínculos singulares, que formam entidades frágeis e relativamente pertinentes de cooperação. Há, portanto, sempre um uso de si para estar com os outros no trabalho, o que implica que a colaboração não é uma atividade natural, exigindo, portanto, esforço/investimento dos trabalhadores para que aconteça.

De forma semelhante, para Dejours (1993, 2004, 2012), há sempre uma lacuna entre o trabalho prescrito e o trabalho real. A transformação da tarefa prescrita em atividade real depende da engenhosidade dos trabalhadores, de sua inteligência prática, para dar conta da complexidade do trabalho que a organização prescrita nunca consegue abarcar em sua totalidade. Assim, o trabalho coletivo depende do empenho dos trabalhadores em superarem coletivamente as contradições que surgem da própria organização prescrita do trabalho.

Nesse sentido, é possível afirmar que a colaboração não é totalmente prescritível. As normas não são capazes de gerar um trabalho coletivo, esse depende de valores que não estão dados a priori e se revelam na relação com o outro (SILVA; MOREIRA, 2005). O trabalho colaborativo envolve, portanto, ajustamentos recíprocos dos trabalhadores. Uma equipe, por exemplo, se organiza para além do somatório de indivíduos e da execução das normas. Para Schwartz, as entidades coletivas de trabalho se constroem não a partir das normas, mas com relação e em relação às normas prescritas (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010).

Assim, quem os trabalhadores reconhecem como parte da equipe não se restringe ao que foi prescrito como equipe, ocorre microrrecomposições do coletivo em torno da equipe, pois o encontro entre os sujeitos é sempre singular. O trabalho em colaboração envolve, portanto, um “debate de normas” numa tensão que é, ao mesmo tempo, singular e coletiva - uso de si por si e pelo outros na atividade. Assim, cada situação de trabalho coloca o trabalhador em discussão com sua escolha diante das normas, com o produto do seu trabalho e em relação com outros trabalhadores com os quais, em geral, não se escolheu trabalhar (SILVA; MOREIRA, 2005).

No que diz respeito ao trabalho em colaboração no setor saúde, é possível compreender que suas possibilidades de realização são influenciadas pelas configurações organizacionais dos serviços, por fatores estruturais (como recursos e políticas), mas, também, por uma dimensão relacional que tende a ser pouco explorada nas análises sobre a gestão dos processos de trabalho, principalmente no que tange às relações intersubjetivas.

No âmbito da dimensão relacional, D'AMOUR et al., (2008), por exemplo, aponta que é necessário que haja compartilhamento de visão e objetivos, ao mesmo tempo em que se reconheça a existência de motivações divergentes e múltiplas alianças entre os trabalhadores. Além disso, a autora aponta como característica para a colaboração a consciência dos

profissionais de sua interdependência e da importância de geri-la, o que se traduz em um sentimento de pertença e confiança mútua (D'AMOUR et al., 2008).

Nesse sentido, podemos compreender que o trabalho em colaboração requer investimento, que está relacionado ao campo dos valores não dimensionáveis, que envolve reconhecer a autonomia como relação entre os saberes profissionais na escolha da melhor prática, tendo em conta os limites de sua ação frente às necessidades de saúde do usuário. (SILVA; MOREIRA, 2005). Para Schwartz, os valores não dimensionados se referem a questões como: o que é saúde? Como viver bem juntos? O que é satisfação e prazer para as pessoas? Por que damos importância para igualdade e justiça? (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010). Talvez, estes valores possam ser um norte para se esclarecer o terreno em que se dá a negociação dos objetivos que devem ser compartilhados pelos trabalhadores no trabalho colaborativo.

Há, portanto, um desafio em compatibilizar a construção de uma ação coletiva voltada para as necessidades de saúde do usuário e as perspectivas de cada profissional. Conforme aponta Campos (1999), sempre há algum grau de antagonismo entre os objetivos primários das organizações de saúde (atender as necessidades sociais do público) e seus objetivos secundários (garantir a sobrevivência da instituição e o interesse dos agentes). Com isso, o autor aponta a necessidade de reconhecer e explicitar os conflitos decorrentes das divergências de interesses entre trabalhadores e usuários, para, assim, poder criar arranjos que lidem com eles de forma produtiva.

A vida coletiva numa lógica colaborativa, portanto, deve se dar em torno de um projeto comum voltado para as necessidades de saúde dos usuários. O desafio colocado para a realização de tal projeto se faz entre o individual (os desejos e interesses do profissional de saúde, fortemente calcados em uma identidade profissional, conquistada ao longo de sua trajetória) e o coletivo (a percepção de sua interdependência e, portanto, da insuficiência dos profissionais em lidar individualmente com a complexidade dos problemas de saúde dos usuários).

É importante atentar que o objetivo de realizar o trabalho em saúde numa lógica colaborativa que compatibilize os âmbitos individual e coletivo é influenciado, também, pela dinâmica contemporânea, calcada em uma lógica neoliberal que influencia fortemente as possibilidades de cooperação em torno de um projeto comum.

Na modernidade, existe uma pressão para se desligar de toda interferência coletiva no destino individual, buscando-se, assim, a desregulamentação e privatização dos espaços da vida cotidiana, desinvestindo-se os espaços coletivos (BAUMAN, 1999). A dinâmica social

contemporânea, marcada por um forte individualismo e competitividade produzidos pela lógica neoliberal, constitui-se como entrave para a realização de mudanças sociais e para constituição de projetos mútuos (ENRIQUEZ, 2001a).

A cultura do individualismo, marcante em nossa sociedade, tem por resultado colocar o trabalhador como o único responsável por suas competências e fracassos. Assim, caberia a ele desenvolver suas capacidades técnicas, mas também psíquicas (como, por exemplo, desenvolver sua capacidade de autoconfiança para lidar com os obstáculos que surgem no decorrer do trabalho, ou tornar-se criativo para produzir inovações nas organizações) para se adequar às demandas de competição que o mercado flexível impõe.

A construção de um trabalho colaborativo pode ser compreendida pela construção de uma sociabilidade que não se estacione em nenhum dos polos (individual e coletivo), mas que alie o incremento dos processos de autonomização individual com uma forma de intersubjetividade na qual o outro adquire estatuto de “um igual”, numa ética da discussão e em compromissos mútuos (OLLIVIER, 2005).

Para Onocko-Campos (2000), os espaços institucionais devem funcionar como um espaço de comunicação entre o coletivo e o individual, que permitiriam a realização conjunta dos desejos dos trabalhadores e a aglutinação em torno de um sentido comum para o projeto da organização.

O **projeto** é possível num espaço transicional, de experiência, que nunca será objetivo, que não está dentro nem fora. Por isso é impossível recortá-lo objetivamente. Todo “querer-fazer” está e estará sempre nessa região intermediária, marcado, ineludivelmente pela percepção de mundo, pelo posicionamento subjetivo, pelas formas que a relação entre os sujeitos assume naquele lugar e tempo e pelos entraves do real concreto (ONOCKO-CAMPOS, 2000 p. 165, grifo da autora).

Assim, não se trata de acreditar que os efeitos da polaridade paradoxal entre os desejos e interesses dos trabalhadores (com seus diversos coeficientes de liberdade) e sua capacidade coletiva de assumir compromissos e responsabilidades seja resolvida de uma vez por todas, com a superação de seus condicionantes de ordem objetiva e subjetiva. Por outro lado, a aposta é de que, mesmo em contextos desfavoráveis, seja possível assegurar que os conflitos de interesses se manifestem, para que sejam enfrentados mediante a formulação de novos pactos e compromissos mútuos (CAMPOS, 1999).

No caso dos NASF-AB, as reuniões em que são realizados o planejamento das ações e as discussões de casos (mas, também, outros espaços cotidianos formais e informais do trabalho), podem se constituir como oportunidades importantes para o trânsito entre os

interesses individuais e coletivos, nos quais estes podem ser explicitados, debatidos e levar a conformação de estratégias criativas sobre o fazer dos trabalhadores.

A colaboração interprofissional no contexto da colaboração entre equipes de natureza matricial e de referência

Uma questão que parece necessário abordar diz respeito a como reposicionar as questões referentes à colaboração interprofissional no contexto da colaboração entre equipes de natureza matriciais e de referência, presentes no processo de integração dos NASF-AB na AB.

As equipes NASF-AB e ESF são distintas, mas precisam estar integradas para realização do trabalho, portanto, a colaboração interprofissional nesta relação se difere de um debate a respeito do trabalho em uma equipe única. Assim, cabe às equipes NASF e ESF enfrentar os desafios de articulação de diferentes saberes profissionais em torno de um único objetivo, centrado nas necessidades de saúde dos usuários.

No que diz respeito à colaboração no cuidado entre as equipes de apoio e referência, alguns estudos analisam sua especificidade à luz da literatura e de experiências internacionais. Foram identificados importantes similaridades da metodologia do AM e da proposta dos NASF com os pressupostos do modelo de colaboração interprofissional (BISPO-JÚNIOR E MOREIRA, 2018) e com os componentes presentes na noção de Cuidados Colaborativos (SARAIVA, ZEPEDA, LIRIA; 2020).

Uma revisão narrativa analisou a metodologia do apoio matricial à luz da experiência internacional dos Cuidados Colaborativos em saúde mental, comparando os seus principais componentes (SARAIVA, ZEPEDA, LIRIA; 2020). Os autores valorizam a previsão de atividades colaborativas no apoio matricial por meio da interação direta entre os profissionais nas discussões de casos e construção conjunta de projetos terapêuticos, algo que se assemelha aos Cuidados Colaborativos. Por outro lado, aponta-se enquanto diferença e como algo a ser desenvolvido pelo AM, a necessidade de uma maior estruturação da colaboração com o uso de protocolos e critérios de encaminhamento, bem como maior apoio organizacional à colaboração. Com isso, apontam que a colaboração interprofissional não pode depender do esforço pessoal dos trabalhadores em saúde, devendo dispor de recursos organizacionais de apoio ao trabalho compartilhado.

O estudo identifica, também, uma similaridade no que diz respeito à colaboração com outros serviços da rede de cuidados. Porém, enquanto o AM se volta para a interação pessoal e negociação entre os profissionais envolvidos, na noção de cuidados colaborativos, a proposta

assume um caráter de ordenador do trabalho, mais focado, portanto, na construção de diretrizes de atenção e critérios de priorização do atendimento especializado (SARAIVA, ZEPEDA, LIRIA; 2020).

Outro artigo (BISPO-JÚNIOR E MOREIRA, 2018) analisou o cuidado colaborativo exercido entre trabalhadores dos NASF e das eSF, a partir do modelo teórico produzido por D'AMOUR et al., (2008). Os autores apontam que a colaboração entre NASF e eSF tem duas especificidades importantes: a primeira, já trazida, de que se trata de uma colaboração entre profissionais de duas equipes em que uma oferta apoio à outra; e a segunda, de que a proposta dos NASF não agrega apenas novas especialidades na AB, mas novas formas de atuação e organização com a metodologia do AM, o que aporta um desafio adicional à colaboração.

Os autores identificam na realidade investigada (municípios do estado da Bahia) que a colaboração entre NASF-AB e eSF é permeada por fragilidades nas quatro dimensões presentes no modelo teórico (D'AMOUR et al., 2008). Em síntese, seus achados apontam para a inexistência de um processo de acompanhamento dos usuários a partir de suas necessidades (fragilidade associada a orientação do cuidado ao usuário); desconhecimento e resistência à metodologia do AM; fragilidade das gestões municipais em direcionar e dar suporte para o trabalho colaborativo, bem como dificuldades estruturais que comprometem o trabalho do NASF junto as eSF e inexistência de espaços institucionalizados de encontro; por fim, mecanismos de comunicação e de pactuação de responsabilidades frágeis (BISPO-JÚNIOR E MOREIRA, 2018).

Num sentido semelhante, um estudo realizado em um município de grande porte da região Nordeste do Brasil (ARAUJO E GALIMBERTTI, 2013) objetivou compreender o processo de colaboração interprofissional no contexto do trabalho dos NASF, utilizando também como referência para análise o modelo teórico (D'AMOUR et al., 2008). Os autores apontam para fragilidades quanto a construção de acordos, regras e expectativas referentes às funções dos profissionais, bem como baixa responsabilização da gestão sobre as situações críticas referentes a colaboração entre as equipes NASF e ESF.

Os trabalhos acima enfatizam os aspectos formais da proposta do AM e dos NASF bem como da colaboração interprofissional, mas apontam para especificidades que a posição ocupada pelos apoiadores no trabalho em saúde aporta. Compreendemos que, além de desafios de natureza organizacional e estrutural, o NASF deve lidar com os limites e possibilidades que a posição de intermediário entre as diferentes características deste arranjo impõe.

Referimo-nos a posição intermediária do NASF (MELO et al., 2018) porque ele, necessariamente, situa-se entre equipe e gestão, entre atenção primária e atenção especializada,

entre os interesses da equipe e interesses dos usuários, entre a identidade de seu núcleo profissional e o campo da Saúde Coletiva, entre uma dimensão de retaguarda assistencial e de apoio técnico pedagógico (ou, dito de outra forma, entre a pressão da demanda assistencial e o projeto de mudança das práticas de cuidado). Assim, conforme já discutido, o NASF se constitui enquanto uma equipe interdisciplinar com uma função de retaguarda assistencial integrada às eSF. Ao mesmo tempo, ele é um arranjo que, ao se inserir no cotidiano da AB, tem como objetivo provocar mudanças nos processos de trabalho e nos modos de produzir cuidado, com potencial para gerar uma reestruturação produtiva (PANIZZI et al., 2017) na AB.

Isto implica que a realização do trabalho do NASF está em um constante trânsito entre a identificação com as equipes de SF (algo que pode favorecer a construção de vínculos, por meio de um envolvimento afetivo com os problemas enfrentados no cotidiano profissional da AB) e a diferenciação (um distanciamento necessário para manter o estranhamento e contribuir com a transformação de crenças, posturas e práticas instituídas). Deter-se a um desses polos (identificação/diferenciação) impossibilita a realização de um apoio efetivo (MELO et al., 2018). Esta reflexão vai ao encontro da argumentação de D'Amour, para quem confirmar crenças e valores dos profissionais promove a colaboração, ao mesmo tempo em que impõe restrições ao trabalho realizado (e suas possibilidades de mudanças) (D'AMOUR et al., 2005).

A partir dessa reflexão é possível destacar a autonomia que os trabalhadores possuem nos ajustes que fazem para estar uns com os outros na situação de trabalho e os desafios que a posição de intermediário acresce à colaboração entre os trabalhadores NASF/ESF. Por esse motivo, buscando analisar, também, a dimensão intersubjetiva dos processos de colaboração a partir do NASF, utilizaremos como referenciais para análise na tese, as noções de imaginário social/organizacional (CASTORIADIS, 1982 e 2004; ENRIQUEZ, 1974, 1995 e 2001a, b, c,d) e a reflexão sobre a cooperação no trabalho (DEJOURS, 1993, 2004, 2012) que serão aprofundadas no quinto capítulo da tese.

3 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, baseada no paradigma construtivista e na abordagem clínico-qualitativa, que teve como estratégia de investigação a realização de um estudo de caso em um município do estado do Rio de Janeiro. Tal como será descrito adiante, as principais técnicas de investigação foram: observação participante, grupos focais narrativos e entrevistas semiestruturadas.

3.10 PARADIGMA CONSTRUTIVISTA E A ABORDAGEM CLÍNICA-QUALITATIVA

A pesquisa qualitativa, segundo Turato (2003), tem como propósito investigar os sentidos e as significações dos fenômenos. Portanto, o objetivo do pesquisador se constitui em buscar capturar, através da escuta dos sujeitos de pesquisa, tais sentidos e significados e interpretá-los, ou seja, produzir novos sentidos a partir do encontro que se constituiu no processo de pesquisa (TURATO, 2003).

Desse modo, buscando uma alternativa ao paradigma positivista, pode-se compreender a produção de conhecimento científico como uma forma de produzir narrativas, de conversar e de construir argumentos, ao invés de uma estratégia de descobrir a verdade e de demonstrar o que acontece de fato (MATTOS, 2011).

Numa abordagem construtivista, os discursos são considerados inseparáveis de seu contexto de enunciação e as análises construídas no processo de pesquisa devem ser resultados de uma construção mútua, produto de um diálogo entre o pesquisador e as pessoas pesquisadas.

Os sujeitos pesquisados são concebidos para além da noção de informantes-chave, sendo compreendidos como intérpretes que apresentam reconstruções parciais da realidade. Já o pesquisador procede a sua reconstrução a partir da produção dos sujeitos de pesquisa (POUPART, 2008), mediado por precauções metodológicas.

Ao compreender a construção dos discursos como algo indissociável de seu contexto de produção e enunciação, a perspectiva construtivista desloca o modo como comumente se trabalha com os vieses na produção de conhecimento científico. Neste sentido, em lugar de tentar eliminar os efeitos de contexto, busca-se evidenciar e compreender a maneira como o contexto impregna os discursos. Estas são precauções metodológicas importantes para a produção do conhecimento, que rejeitam uma tentativa de padronizar todo o material produzido na pesquisa ou de excluir toda a influência do contexto no intuito de manter um discurso natural sem influência do pesquisador.

Nesse sentido, a abordagem de pesquisa clínica qualitativa (LEVY, 2001) é opção que coaduna com o paradigma construtivista. Ela, por sua vez, busca romper com o ideário de neutralidade científica do paradigma positivista, ao colocar em novos termos a questão da relação entre teoria e prática e entre pesquisa e ação. Define a atividade de pesquisa como uma ação diretamente implicada nos processos de mudança. Entende, assim, a pesquisa e a intervenção (ação em resposta a determinado problema) como dois aspectos complementares de uma atividade – duas dimensões que estão sempre ligadas e se implicam reciprocamente (LEVY, 2001).

Além disso, a abordagem clínica em pesquisa qualitativa reconhece a subjetividade como parte do fenômeno social, considerando ser possível investigá-la através de métodos e de ferramentas teóricas e técnicas (LEVY, 2001). Essa abordagem recusa a fragmentação dos sujeitos e se propõe a apreendê-los como totalidades significantes, que só se realizam como experiência singular em um dado momento histórico. Os sujeitos de pesquisa são entendidos, portanto, a partir de uma perspectiva que reconhece suas existências enquanto totalidades produtoras de sentido para si e para sua ação.

Ainda assim, a fala dos sujeitos não representa apenas um pensamento individual, na medida em que se trata de uma reprodução do fato social na experiência pessoalmente vivida e na reflexão que a relata (SCHRAIBER, 1995). Tal fala pode, assim, servir para compreender uma realidade que é de um sujeito, mas que expressa também um contexto social, político e organizacional.

3.2 A ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DO MATERIAL PRODUZIDO

A produção e interpretação do material produzido na análise foi guiado por um processo dialógico baseado na perspectiva da hermenêutica filosófica (GADAMER, 2003). A escolha por tal perspectiva de análise se deu por buscar um modo de compreensão do material que contemplasse mais do que apenas o seu conteúdo e contexto de enunciação, mas que permitisse explorar o caráter construtivista na compreensão dos discursos.

Na perspectiva hermenêutica filosófica, a compreensão não é somente um processo reprodutivo, mas sempre produtivo (GADAMER, 2003). Com isso, ao invés de buscar apenas a produção de uma interpretação mais correta e precisa da realidade possível, a intenção foi de valorizar o processo de negociação na construção das análises.

De acordo com Minayo (2008), a hermenêutica pode ser caracterizada como a arte de compreender textos. Em um sentido amplo, compreende-se por textos não apenas livros, artigos

e documentos, mas também, narrativas, entrevistas, dentre outros. O processo de compreensão da hermenêutica não busca acessar uma verdade escondida, mas esclarecer as condições de surgimento das falas, revelar a partir de um encontro dialógico o que o outro coloca como verdade e não uma verdade em si.

Apesar de buscar revelar a verdade do outro, esta perspectiva não busca apenas revelar o conteúdo e a intenção dos sujeitos de pesquisa. Na concepção hermenêutica, os discursos dizem mais do que o seu porta-voz quis dizer, neste sentido, o discurso não resulta apenas da vontade autônoma de um sujeito, pois se entende que há uma conjunção de elementos que governa os acontecimentos históricos ou da vida cotidiana que escapa do governo dos sujeitos individualmente. Por outro lado, compreende-se, também, que o sujeito do discurso não se esgota na conjuntura em que vive e que não existe determinação total dos acontecimentos, havendo, portanto, sempre algum grau de liberdade no que os sujeitos expressam (MINAYO, 2008).

Podemos destacar algumas características de como é definido o processo de compreensão na perspectiva da hermenêutica filosófica: a compreensão é uma ação eminentemente humana, que é inevitavelmente afetada pela tradição e que se volta para o 'outro' em seu processo de elaboração, produzindo análises e interpretações da realidade negociadas com os sujeitos participantes (SCHWANDT, 2006).

Para a hermenêutica filosófica, a compreensão é uma condição do ser humano e não uma tarefa controlada por procedimentos metodológicos, na medida em que estamos sempre produzindo interpretações independentemente de uma intencionalidade científica. Tais interpretações são afetadas pela tradição, havendo, portanto, sempre alguma parcialidade no ato de interpretar (SCHWANDT, 2006).

Nesta perspectiva, a tradição que afeta o pesquisador não é algo externo, objetivo e pertencente ao passado e que, portanto, poderia ser afastado ou excluído. Nesse sentido, a tarefa do pesquisador seria a de examinar os preconceitos advindos de sua cultura e herdados historicamente e não de buscar abolir ou controlar no intuito de qualificar o processo de compreensão (SCHWANDT, 2006).

Para Gadamer (2003), os preconceitos que um sujeito traz consigo no processo de compreensão da realidade não significam um falso juízo da realidade, mas, por outro lado, a própria realidade histórica do indivíduo. Nesse sentido, o autor recomenda que se deva manter uma postura de receptividade para com o texto que não pressupõe nem neutralidade, nem auto-anulamento, mas inclui a apropriação das próprias opiniões prévias e preconceitos. Para ele,

“somente um tal reconhecimento do caráter essencialmente preconceituoso de toda compreensão leva o problema hermenêutico à sua real agudeza” (GADAMER, 2003, p. 275).

Além disso, nesta perspectiva, o diálogo com o ‘outro’ é um aspecto central para o processo de compreensão. A compreensão é algo produzido no diálogo e não algo reproduzido por um intérprete por meio da análise do material coletado em uma pesquisa, por exemplo. Somente em um encontro dialógico com o que não é compreendido que podemos nos abrir para arriscar e testar nossas ideias preconcebidas e nossos preconceitos. A compreensão na perspectiva hermenêutica é participativa, conversacional e dialógica, sendo que o significado obtido no processo de pesquisa é negociado mutualmente no ato da interpretação e não simplesmente descoberto. Não há, portanto, uma interpretação categoricamente correta da realidade investigada (SCHWANDT, 2006).

Onocko Campos (2011), ao apresentar um desenho participativo para pesquisa qualitativa em saúde, a partir da hermenêutica filosófica, se aproxima desta discussão ao criticar uma postura de ímpeto interpretativista na atividade de pesquisa. A autora chama atenção para o desvio proposto na hermenêutica filosófica de que, ao invés de buscar interpretar aos outros, defende buscar interpretar com os outros. O pesquisador, na concepção da autora, deve se colocar como um ajudante do movimento de reflexão e crítica dos sujeitos, algo que não deve ser confundido com uma postura passiva, por outro lado, seu diálogo pode trazer novas questões junto aos sujeitos participantes. Neste sentido, o pesquisador não busca, prioritariamente, revelar significações por trás do material produzido pela pesquisa, mas procura aportar novas questões advindas de suas perguntas de pesquisa, que são negociadas com os sujeitos participantes. Na perspectiva da autora, a aposta hermenêutica é na construção dialógica das análises como uma forma de fugir do “furor interpretativo”, por meio de um posicionamento ético-político que não transforme as vozes humanas em objetos.

Além disso, na perspectiva da hermenêutica filosófica não é possível estabelecer uma separação entre o ato de compreender e a aplicação dessa compreensão. A compreensão é uma “experiência prática “no” e “sobre” o mundo que, parcialmente, constitui os tipos de pessoas que somos no mundo” (SCHWANDT, 2006, p. 200). Podemos compreender, desta maneira, que a pesquisa é em si uma intervenção sobre a realidade que estuda.

No caso dos grupos narrativos utilizados como estratégia metodológica neste estudo (que serão mais bem descritos no próximo item deste capítulo), a segunda rodada, que abarca a leitura de uma narrativa produzida a partir das discussões no grupo, traz com mais clareza a aposta de produzir de maneira concomitante uma intervenção e uma negociação da interpretação sobre o fenômeno estudado. De acordo com o que aponta Onocko-Campos

(2011), esse processo de construção e apresentação de uma narrativa (que a autora classifica como “momento hermenêutico”) tem a função de validar os dados, mas também de produzir efeitos de intervenção sobre a realidade estudada.

Quanto a operacionalização do processo de análise, Onocko-Campos (2011) aponta que, a partir das transcrições das entrevistas e grupos focais, a codificação do material é feita, não em relação a temas e categorias, mas em um processo de reconhecimento de núcleos argumentais que servem para a construção de narrativas. De acordo com a autora,

Um núcleo argumental é um conjunto de frases que não somente se referem a um tema, também tenta **atribuir a ele algum tipo de explicação**. Explicação no sentido de um porquê, de um para quê e de um como. Os núcleos argumentais não são os temas levantados, porém a “**tessitura da intriga**” sobre esses temas (Onocko-Campos, 2011, p. 1278, grifo da autora)

A construção da narrativa tem por função densificar o material produzido, mantendo-se a fidelidade à história relatada, mas não necessariamente seguindo sua sequência temporal ou o mesmo vocabulário utilizado pelo grupo. Assim, as narrativas podem ser vistas como um processo de mediação entre o que foi vivido e a possibilidade de inscrevê-lo no social, inserindo uma experiência subjetiva no campo político (ONOCKO CAMPOS, 2011).

A respeito da validação da produção do material da pesquisa, o que aponta a correção da interpretação neste processo não é a confirmação ou a negação da versão da história, mas a capacidade de o discurso retomar a cadeia associativa dos sujeitos participantes. No caso dos grupos, isso se revela ao possibilitar problematizar e tematizar questões anteriormente recalçadas ou abordadas de forma muito superficial (ONOCKO CAMPOS, 2011).

3.3 TRABALHO DE CAMPO E PROCESSO DE PRODUÇÃO DAS INFORMAÇÕES

A opção pela realização de estudo de caso visou compreender a colaboração no cuidado em saúde mental, a partir da atuação do NASF-AB na realidade estudada. Buscou-se, através disso, investigar como vem se dando o processo de colaboração com as ESF no cuidado em saúde mental, bem como sua articulação com outros serviços de saúde mental e da rede intersetorial. Além disso, o estudo de caso visou compreender os sentidos que os profissionais atribuem ao apoio matricial, ao cuidado em saúde mental e à colaboração interprofissional.

O estudo de caso é definido como a investigação empírica de um fenômeno que dificilmente pode ser isolado ou dissociado do seu contexto. A capacidade de compreensão da realidade nesta estratégia de pesquisa está associada à profundidade da análise do caso e não ao

número de unidades investigadas (HARTZ,1997). No caso desta pesquisa, investigamos a colaboração interprofissional em saúde mental a partir dos processos de trabalho colaborativos entre NASF-AB e ESF, bem como das atuais condições de trabalho e contextos sócio-políticos dos demais serviços de saúde mental que impactam tais processos de colaboração.

Para compreensão do contexto sociopolítico do caso estudado foram realizadas entrevistas com profissionais de saúde e gestores de outros serviços de saúde mental e alguns atores chave para compreensão da implantação do NASF-AB no município. Além disso foi realizada a observação participante de reuniões e oficinas que aconteceram com os profissionais de diferentes equipes de ESF e NASF-AB do município. Com o objetivo de aprofundar o estudo de caso, foi desenvolvida análise da colaboração entre uma equipe NASF-AB específica e duas eSF. Este escopo do estudo contemplou a observação participante da prática dos profissionais da equipe NASF-AB em interação com as eSF, bem como a realização de grupos focais com os trabalhadores destas equipes.

3.3.1 Contextualização e a entrada no campo de pesquisa

Trata-se de um município de médio porte, localizado na região Norte do estado do Rio de Janeiro. De acordo com o Plano Municipal de Saúde para 2018-2021, o município possuía, em 2017, uma população estimada em 244.139, com 28 eSF e uma cobertura de 40,34% de eSF naquele ano. O plano aponta, também, que para o ano de 2018 estavam sendo habilitadas 14 novas eSF, aumentando a cobertura de ESF em pelo menos 20%, sendo que o número de NASF-AB seria ampliado de 3 para 6.

O contato com os profissionais do NASF-AB do município ocorreu mediante indicação de tutores do curso de aperfeiçoamento de Apoio Matricial na Atenção Básica da Fiocruz. Busquei os tutores do curso no intuito de obter indicações de equipes de NASF-AB que buscassem desenvolver um trabalho mais próximo do que é descrito nas normativas do NASF-AB, ainda que enfrentassem grandes desafios no processo de construção das práticas cotidianas. A partir das indicações desses tutores, foi realizado contato com outros dois municípios, porém as equipes não se mostraram muito disponíveis ou apresentaram poucos elementos para explorar em um estudo de caso (equipes com poucos profissionais ou com um trabalho muito fragmentado e distante do que é proposto nas diretrizes sobre o NASF-AB). Em contato com uma trabalhadora do NASF-AB do município, foi relatado acerca do processo de trabalho e a história do NASF-AB no município, o que pareceu proveitoso para realização do estudo de caso. Após o contato, participei de uma reunião de equipe para conhecer melhor o trabalho

realizado no município e apresentar a proposta da pesquisa para o conjunto de trabalhadores do NASF-AB.

De acordo com os profissionais da equipe, a experiência de AM em saúde mental no município começou com a criação de um Programa Municipal de Saúde Mental na Atenção Básica no ano de 2002, portanto, alguns anos antes da portaria que dispõe sobre a criação dos NASF. No próximo capítulo descrevemos com maiores detalhes as características da implantação do NASF-AB no município e sua situação no momento do estudo.

A escolha da equipe NASF-AB para aprofundamento do estudo de caso foi realizada a partir de um diálogo com os profissionais dos NASF-AB que ocupavam a função de articulação entre as equipes NASF-AB e a gestão. Foi utilizado como critério a qualidade da organização da equipe, a experiência dos profissionais do NASF-AB e a disponibilidade destes em participar da pesquisa. A escolha das duas equipes ESF com as quais foi realizado o aprofundamento do estudo foi realizada junto aos profissionais da equipe NASF-AB. Elas serão chamadas de ESF-A e ESF-B.

3.3.2 Observação participante

A observação participante é uma estratégia de pesquisa que compreende a permanência do observador em uma situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador constrói seu material empírico colocando-se em relação direta com os sujeitos do contexto observado, modificando-o e sendo por ele modificado. A atitude do observador implica exercer esforço para reconhecer e compreender os pontos de vista do grupo pesquisado, com respeito e empatia, abrindo-se para a sua lógica e cultura. Sua atitude está, portanto, sempre entre os limites dos conhecimentos teóricos e das informações do campo (MINAYO, 2008).

A observação participante das ações de apoio do NASF-AB buscou compreender como se deram as reuniões de matriciamento, reuniões de planejamento das atividades, discussões de caso clínico, atendimentos e visitas compartilhadas. Teve como objetivo identificar as condições de trabalho das equipes, o modo como as ações eram produzidas, bem como compreender os significados dessas ações e a motivação dos trabalhadores no momento da produção das atividades.

O pesquisador manteve um diário de campo com as vivências e memórias da observação participante. Tais registros contêm uma descrição a respeito do que foi observado do cotidiano de trabalho e das atividades que participou, além de impressões e reflexões produzidas durante a realização da pesquisa.

Dessa forma, a observação participante contemplou, principalmente, o cotidiano de trabalho do NASF-AB em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), portanto, trabalhando em interação com duas equipes de SF. Cada UBS continha apenas uma equipe de SF e a presença da equipe do NASF-AB ocorria em uma delas quinzenalmente (UBS-B) e outra semanalmente (UBS-A). Os profissionais justificavam a diferença da frequência nas unidades em virtude de uma maior demanda de apoio de uma delas. A observação participante teve como efeito, também, gerar uma proximidade maior entre o pesquisador e as equipes, o que possibilitou que as discussões dos grupos focais ocorressem de maneira mais fluida, e os profissionais encontrassem maior confiança para falar de maneira mais espontânea a respeito do trabalho.

Foram observadas as atividades do NASF-AB com as ESF no cotidiano das UBS, a saber: atendimentos e visitas domiciliares compartilhadas; reuniões formais e informais sobre o processo de trabalho e de discussão de casos; grupos realizados pelo NASF-AB (como, por exemplo, Rodas de Conversa, Terapia Comunitária Integrativa-TCI e Grupo de Meditação “*mindfulness*”) e um grupo da ESF que contou com a participação de uma profissional da equipe NASF-AB (grupo para controle do tabagismo).

Além disso, o pesquisador participou de algumas atividades que envolviam todos os profissionais da atenção básica do município: oficinas de qualificação do processo de trabalho das ESF/NASF-AB do município, oficinas de qualificação do processo de trabalho dos NASF-AB do município e reuniões específicas dos profissionais de saúde mental dos NASF-AB do município. Esta etapa não estava prevista no projeto, porém permitiu uma melhor compreensão do processo de trabalho dos NASF em seu contexto político e institucional no município. No Quadro 1 é possível observar uma descrição das ações que foram foco da observação participante no estudo.

Quadro 1 – Descrição da observação participante

Observação Participante			
Ações Observadas	Participantes	Descrição	Tempo de Observação/ n° de atividades observadas
Ações de Matriciamento de uma equipe NASF em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS)	Profissionais de uma das equipes NASF e de duas equipes ESF	Foram observados: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rotina das UBS ▪ Visitas Domiciliares Compartilhadas ▪ Atendimentos Individuais Compartilhados ▪ Grupos conduzidos pela equipe NASF com participação de profissionais da eSF ▪ Grupo de tabagismo conduzido por profissional do NASF e da eSF. ▪ Reuniões informais a respeito da rotina da unidade e condução dos casos 	Maio à Outubro de 2019 UBS A – 44 horas UBS B – 48 horas
Oficinas de qualificação do processo de trabalho dos NASF-ESF do município	Enfermeiros das eSF e profissionais dos NASF de diferentes núcleos de saberes e práticas (Saúde Mental, Reabilitação, Nutrição e Serviço Social)	Reuniões para construir estratégias de integração do processo de trabalho dos NASF com as eSF. Conduzida pela Sanitarista do NASF, com apoio de duas profissionais de saúde mental de equipes NASF.	2 Oficinas 22/05/2019–08:00 às 16:00 05/06/2019–08:00 às 16:00
Oficinas de qualificação do processo de trabalho dos NASF do município	Profissionais dos NASF do município de diferentes núcleos de saberes e práticas (Saúde Mental, Reabilitação, Nutrição e Serviço Social)	Reuniões para discussão do processo de trabalho dos NASF do município. Conduzida pela Sanitarista do NASF, com apoio de duas profissionais de saúde mental de equipes NASF.	3 Reuniões 03/07/2019 – 09:00 às 13:00 04/09/2019 – 14:00 às 17:00 08/10/2019 – 14:00 às 17:00
Reuniões NASF Saúde Mental	Profissionais de Saúde Mental dos NASF do município	Reuniões para discussão do processo de trabalho dos profissionais de saúde mental dos NASF. Conduzida pelos próprios profissionais.	1 Reunião 19/06/2019 – 09:00 às 13:00

Fonte: Elaborado pelo autor.

3.3.3 Entrevistas

Segundo Levy (2001), através da realização de entrevistas é possível levar os sujeitos investigados a rememorar sua experiência passada e comunicá-la, possibilitando uma compreensão das situações sociais em relação às quais essas experiências tiveram lugar (LEVY,

2001). Numa perspectiva construtivista, as entrevistas são concebidas como uma co-construção entre entrevistador-entrevistado. Assim, o papel do entrevistador não se restringe a fazer o outro falar, pois seu modo de se posicionar frente ao entrevistado é essencial na construção do material empírico (POUPART, 2008).

Dessa forma, a realização de entrevistas semiestruturadas possibilita que os sujeitos falem mais livremente sobre suas experiências, exigindo que estas sejam abordadas enquanto processos singulares e complexos. Processos que têm uma história de implementação e uma inserção específica na realidade em que estão inseridos. A entrevista teve como intuito explorar em profundidade as diferentes facetas da experiência do entrevistado e possibilitar a emergência de dimensões novas e não imaginadas (dentro do limite imposto pelo problema de pesquisa).

As entrevistas contaram com um roteiro com questões principais, baseadas na teoria abordada para o processo de investigação. Tal roteiro (ANEXOS 2, 3 e 4) teve como função possibilitar ao pesquisador se organizar para o processo de interação com os sujeitos pesquisados (MANZINI, 2004), deixando em aberto a possibilidade de realizar novas perguntas, modificar a ordem das questões e pedir esclarecimentos a respeito do que é dito, quando necessário.

Foram realizadas 10 entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde e gestores dos serviços de saúde mental da rede e com atores chave referentes a condução do NASF no município. A entrevista com os profissionais de saúde e gestores de serviços de saúde mental buscou conhecer os fluxos (pactuados e/ou formalizados ou não) de acesso ao cuidado em saúde mental e a dinâmica de colaboração entre serviços na rede.

De maneira complementar, ao final foi realizada entrevista com uma profissional do NASF para obter algumas informações que não ficaram evidentes na observação participante e nos grupos focais e para aprofundar algumas questões específicas.

Quadro 2 – Descrição das entrevistas realizadas

Entrevistas realizadas		
Data	Participante	Descrição
12/06/2019	Profissional de saúde da equipe NASF-AB	Profissional responsável pela condução das discussões a respeito da reorganização do processo de trabalho do NASF-AB
26/06/2019	Coordenador e uma profissional de saúde do Núcleo de Saúde Mental	Núcleo responsável pelos atendimentos ambulatoriais em Saúde Mental no município
15/07/2019	Coordenadora do CAPSi	
24/07/2019	Coordenadora e duas profissionais de saúde do CAPS-AD	
30/07/2019	Coordenadora do Programa de Saúde Mental do município	Gestora dos serviços da RAPS com exceção do serviço responsável pelo atendimento de

		psiquiatria (ambulatório e urgências) e atendimento ambulatorial em psicologia de crianças e adolescente.
17/09/2019	Coordenador do CAPS	Profissional Musicoterapeuta responsável pelo CAPS
08/10/2019	Psiquiatra aposentada do NASF e Consultório na Rua	Profissional e gestora que foi uma das responsáveis pela implantação do apoio matriciamento em saúde mental na AB do município
11/02/2020	Ex-coordenadora do Serviços social do Pronto Socorro	
11/02/2020	Profissional de saúde do Pronto Socorro Municipal	Profissional de saúde no serviço que atendia as urgências em saúde mental no município
24/09/2020	Profissional de saúde do NASF-AB	Profissional que ocupa a função de articulação entre as equipes NASF-AB e a coordenação da Atenção Básica

Fonte: Elaborado pelo autor.

3.3.4 Grupos Focais Narrativos

Para melhor compreensão do processo de colaboração entre as equipes de SF e NASF-AB foi utilizada, também, a técnica de grupos focais. A escolha pela utilização desta técnica se sustenta na aposta de que a interação entre os sujeitos pode ser um importante disparador de questões relativas aos processos de trabalho em colaboração.

A realização dos grupos focais permite identificar a dinâmica entre os sujeitos, obter informações, aprofundar o conhecimento a respeito da relação entre os participantes, seja para gerar consenso ou para explicitar divergências. Possibilita a observação de como os sujeitos inter-relacionam-se e de como criam e resolvem as controvérsias e os problemas, numa situação que se aproxima daquela que ocorre na vida real (MINAYO, 2008).

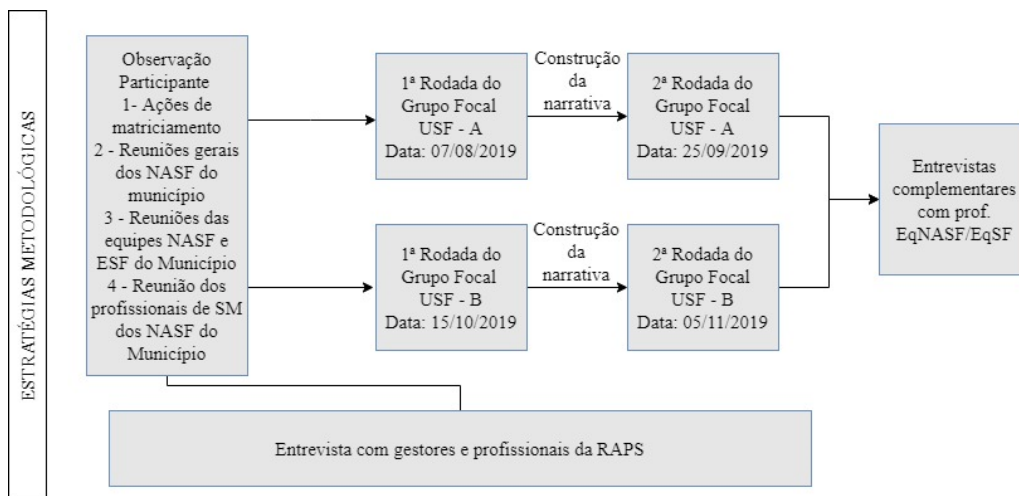
Os grupos focais foram realizados com profissionais do NASF-AB e da ESF que trabalham em colaboração no cuidado em saúde mental. Inicialmente deveriam ser compostos por entre 5 a 10 pessoas, porém, devido à quantidade de profissionais compondo as equipes, os grupos tiveram um número maior de participantes, em torno de 15 pessoas. Cada grupo foi composto por profissionais do NASF-AB estudado e por profissionais de duas eSF (as mesmas equipes que foram observadas). Dessa forma, foram realizados dois grupos focais, desenvolvidos cada um deles em duas rodadas, totalizando, portanto, quatro encontros (rodadas de grupos focais) na pesquisa (Ver Figura 1).

Apesar da recomendação de que os grupos focais sejam compostos a partir de critérios de homogeneidade entre seus participantes (KIND, 2004; BARBOUR, 2009), fez parte da estratégia metodológica do estudo a inclusão de trabalhadores das equipes NASF-AB e ESF nos mesmos grupos, pois situava-se no horizonte o intuito de compreender a dinâmica das

relações entre eles. Neste sentido, o ponto de convergência entre os trabalhadores selecionados para os grupos foi a realização de um trabalho colaborativo em torno de um objetivo comum e não o de serem de uma mesma categoria profissional ou fazerem parte da mesma equipe.

A composição de grupos de profissionais de diferentes inserções institucionais envolve o risco de que as discussões se configurem como palco de atualização de relações de poder próprias ao ambiente de trabalho, algo que, por um lado, favorece a visão sobre o cenário relacional das equipes, mas, por outro lado, pode inibir a exposição de argumentos de determinados sujeitos (MIRANDA et al., 2013). Os efeitos desta limitação na análise da pesquisa foram abrandados devido à realização prévia de observação participante, o que permitiu a criação de uma relação de confiança entre pesquisador e sujeitos da pesquisa, facilitando a mediação do grupo focal. Além disso, o processo de pesquisa propõe colocar em análise as diversas influências que a relação entre os participantes da pesquisa e entre estes e o pesquisador produzem nos grupos e nas outras estratégias metodológicas.

Figura 1 – Fluxograma estratégias metodológicas do estudo de caso.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Os grupos são nomeados neste trabalho como grupos focais narrativos (MIRANDA et al., 2013) porque sua condução objetivou facilitar construções narrativas (que envolvem processos de memorização, descrição, discussão e elaboração) acerca da experiência de trabalho. Para tanto, foram desenvolvidos em duas rodadas, sendo a segunda delas baseada na leitura e discussão de uma narrativa construída pelo pesquisador a respeito da discussão produzida na primeira rodada do grupo.

Foi utilizado como estratégia a solicitação de que as equipes relatassem dois casos (sendo um deles considerado como bem-sucedido e outro de difícil manejo) para discussão no

grupo. O pesquisador atuou como moderador em todas as etapas, utilizando um roteiro de discussão de caso elaborado previamente (Anexo 1). Tal roteiro foi utilizado de maneira flexível e suficiente para que a discussão transcorresse de forma espontânea e possibilitasse que novas questões fossem introduzidas.

Logo após a realização da primeira rodada dos grupos, foi construída uma narrativa a respeito da discussão então ocorrida. Assim, a segunda rodada dos grupos focais teve como mote a retomada da discussão realizada no primeiro encontro, a partir da leitura conjunta da narrativa elaborada pelo pesquisador. Essa forma de organização permite aos integrantes do grupo discutir e validar as narrativas construídas, participando de maneira ainda mais ativa do processo de pesquisa, ao passo que permite ao pesquisador o aprofundamento de questões tratadas, ao recolocar em discussão pontos controversos identificados nas primeiras rodadas do grupo (MIRANDA et.al., 2013). A leitura da narrativa permite, também, aos participantes da pesquisa conhecerem o modo como o pesquisador ouviu e organizou suas falas nas discussões do grupo, colocando-se como uma estratégia de validação da construção do material empírico.

A estratégia de grupos focais narrativos permite que o vivido pelos participantes da pesquisa se transforme em discurso, e este possa ser capaz de produzir novas ressonâncias sobre a prática dos trabalhadores. Os grupos podem ter como efeito ampliar “as margens de interpretação e da capacidade de análise e avaliação do vivido” (MIRANDA et.al., 2013, p. 268) afirmando, portanto, a indissociabilidade entre pesquisa e intervenção.

Quadro 3 – Participantes dos grupos focais por UBS.

	UBS B	UBS A
1ª Rodada	12 Participantes Fisioterapeuta NASF-AB Psicólogo NASF-AB Médica-ESF 9 Agentes Comunitários de Saúde	17 Participantes 2 Fisioterapeutas NASF-AB Nutricionista NASF-AB Fonoaudióloga NASF-AB Terapeuta Ocupacional NASF-AB Médica-ESF Enfermeira-ESF Tec. Enfermagem-ESF 7 Agentes Comunitários de Saúde 2 Acadêmicos de medicina
2ª Rodada	14 Participantes Fisioterapeuta NASF-AB Sanitarista NASF-AB Psicólogo NASF-AB Fonoaudióloga NASF-AB Médica-ESF 6 Agentes Comunitários de Saúde 3 Acadêmicos Medicina	11 Participantes 2 Fisioterapeutas NASF-AB Nutricionista NASF-AB Fonoaudióloga NASF-AB Terapeuta Ocupacional NASF-AB Enfermeira-ESF Tec. Enfermagem-ESF 4 Agentes Comunitários de Saúde

Fonte: Elaborado pelo autor.

Enquanto técnica suplementar foi realizada a análise de documentos produzidos pelos atores. Foram coletados diversos documentos como, por exemplo, fluxos de acesso e atas de reunião que tratam da organização do processo de trabalho do NASF-AB e dos demais serviços da rede de saúde mental. Além disso, foram disponibilizados pelas equipes do município: apresentações e documentos produzidos para as oficinas de trabalho dos NASF-AB e NASF-AB/ESF do município.

As gravações das entrevistas e dos grupos focais foram transcritas na íntegra para leitura do material que subsidiou a análise. Além disso, foram utilizados como material de análise, os documentos disponibilizados pelos serviços que versam sobre a rotina de trabalho e os registros em diário de campo do pesquisador. Foi realizada leitura sistemática do material produzido e a análise teve como um de seus condutores a perspectiva da hermenêutica filosófica (GADAMER, 2003).

Foram utilizadas como aportes teórico-metodológicos para a análise a contribuição de alguns teóricos do campo da saúde pública/coletiva, que abordam a questão da colaboração interprofissional e do apoio matricial (por exemplo: D'AMOUR et.al., 2005 e 2008; CAMPOS, 1999 e 2000) que nos subsidiaram na discussão a respeito dos aspectos estruturais, organizacionais e interrelacionais ligados à dinâmica de colaboração.

Além disso, o estudo se ancorou no referencial da Psicossociologia Francesa, em especial a contribuição teórica de Eugene Enriquez e na filosofia de Cornelius Castoriadis a respeito do Imaginário Social/Organizacional, bem como a reflexão a respeito da cooperação no trabalho presente na obra de Christopher Dejours. Tais referenciais foram utilizados com o intuito de analisar os fenômenos organizacionais a partir de suas dimensões imaginária, intersubjetiva e grupal, que, para além das dimensões materiais e políticas, produzem efeitos sobre os limites e possibilidades da colaboração e da realização de projetos coletivos, assim como sobre o vínculo que os sujeitos estabelecem com as organizações e com o seu trabalho.

3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP/FIOCRUZ após ter sido aprovado por banca de qualificação desta instituição a fim de atender as exigências da Resolução nº 466/2012 e Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b, 2016).

Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido contendo as vantagens e riscos da pesquisa, bem como as questões de anonimato e confidencialidade, foram assinados pelos participantes da pesquisa. Os dados coletados foram utilizados apenas para os fins da pesquisa e de uso exclusivo do pesquisador sendo resguardados o sigilo e a confidencialidade dos relatos. Para isso foram tomadas algumas medidas como o armazenamento dos arquivos das entrevistas transcritas, assim como os seus áudios, em computador de uso restrito pelo pesquisador. Esses dados ficarão sob responsabilidade do pesquisador por cinco anos e serão destruídos após esse período.

4 CONTEXTUALIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE COLABORAÇÃO NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO ESTUDADO

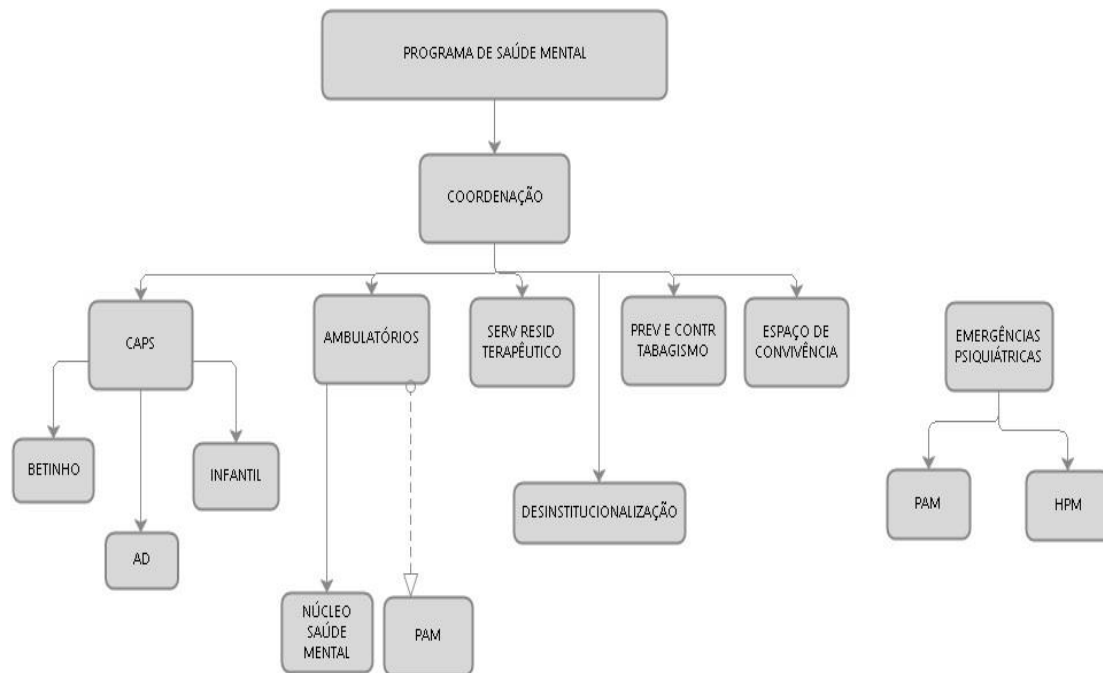
4.1 CARACTERIZAÇÃO E BREVE REFLEXÃO SOBRE OS PROCESSOS DE COLABORAÇÃO NOS SERVIÇOS DA REDE DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL

Antes de apresentarmos os serviços de saúde mental, destacamos que o município tinha, em 2019, cobertura de atenção básica de 58,18% de AB e destes 43,87 se configura como ESF (BRASIL, 2019). Nem todas as equipes de ESF são apoiadas por equipes NASF-AB que dispõem de profissionais de saúde mental em sua composição - uma das equipes NASF-AB que apoiava 6 eSF, por exemplo, era composta por apenas duas profissionais, uma fisioterapeuta e uma assistente social que não compunha a equipe de Saúde Mental na Atenção Básica.

Quanto aos serviços da rede de cuidados em saúde mental, o município conta com uma rede complexa. O município possui um Programa de Saúde Mental que é responsável pelo gerenciamento dos três CAPS (CAPS 2, CAPSAD e CAPSI), um serviço de residência terapêutica. Adicionalmente, o programa gerencia um Núcleo de Saúde Mental (responsável pelos atendimentos ambulatoriais em saúde mental), uma equipe de desinstitucionalização, o programa de prevenção e controle do tabagismo e um serviço chamado espaço de convivência (local onde são realizadas as reuniões da equipe NASF; em que fica lotada a equipe do Consultório de Rua; e onde são ofertadas ações para a população de Práticas Integrativas Complementares como: meditação, artesanato e grupos variados). Abaixo, apresentamos o organograma (Figura 2) disponibilizado pelos gestores, indicando aqueles serviços que são gerenciados pelo Programa de Saúde Mental e aqueles que se encontram sob gestão direta da secretaria de saúde.

Em entrevista com a coordenadora do programa, é relatado que o município está no processo de implantação do CAPS3, do CAPSAD3 e de mais uma segunda Residência Terapêutica, que deve receber os pacientes internados em um hospital em outro município da região, hospital conveniado onde são realizadas as internações psiquiátricas do município.

Figura 2 – Fluxograma do Programa de Saúde Mental



Fonte: documento ‘Apresentação Núcleo’, disponibilizado pela coordenação do núcleo.

Nota: O termo “PAM” no fluxograma se refere, na verdade, ao Pronto Socorro Municipal. Em algumas entrevistas o termo PAM é utilizado para se referir a tal unidade, porém no CNES a unidade possui o nome de Pronto Socorro Municipal.

Quanto ao Programa de Prevenção e Controle do tabagismo, a coordenadora relata que pensou em remover do organograma do Programa de Saúde Mental, porém decidiram manter pois acharam caminhos para sua atuação em articulação com a AB, capacitando os profissionais e atuando no espaço de convivência como uma forma de redução de danos no consumo do tabaco.

Além disso, no organograma disponibilizado, são apontadas duas emergências psiquiátricas fora do Programa de Saúde Mental: o Hospital Público Municipal e um Pronto Socorro Municipal. No entanto, de acordo com as entrevistas realizadas, o município ainda não possui leitos no hospital geral.

De acordo com a entrevista com a coordenadora do programa, o Hospital Municipal nunca funcionou como referência à crise em saúde mental. Relata que existe uma grande resistência da gestão e da equipe médica do hospital quanto à destinação de leitos de psiquiatria no hospital. A gestora reconhece tal fato como um problema, mas relata que não possui “pernas” para lidar com essa questão no momento, preferindo retomá-la em momento mais propício.

Os atendimentos de urgência em saúde mental são realizados por um pronto socorro municipal que não se encontra vinculado ao Programa de Saúde Mental, sendo nesta unidade realizados, também, os atendimentos ambulatoriais em psiquiatria. Algo que a gestora do programa de saúde mental considera como o *grande nó*, pois o pronto socorro se encontra separado do restante da rede de atenção, quando deveria estar integrado aos demais serviços.

Além disso, embora não se encontre exposto no organograma disponibilizado, foi-nos informado que adolescentes e idosos não são atendidos no ambulatório do Núcleo de Saúde Mental porque para esses públicos há programas específicos.

Nos itens a seguir elaboramos uma descrição dos serviços que constituem o Programa de Saúde Mental do município e do Pronto Socorro Municipal que atende as urgências em psiquiatria. Importante sinalizar que tal descrição possui diferentes níveis de detalhamento e aprofundamento, porque não foi possível obter os mesmos tipos e níveis de informação sobre todos os pontos da rede. Apenas um dos serviços disponibilizou documentos referentes ao fluxo de acesso e seu processo de trabalho. Além disso, foi diversa a disposição de coordenadores e profissionais, para o fornecimento de detalhes sobre o processo de trabalho e cuidado ofertado.

4.1.1 Pronto Socorro Municipal

O Pronto Socorro Municipal (PSM) fica localizado em um bairro periférico da cidade. Trata-se de uma unidade mista, que realiza tanto atendimentos de urgência e emergência (geral e em saúde mental), quanto atendimentos ambulatoriais em odontologia, ginecologia, pediatria, clínica médica e psiquiatria. A unidade possui salas de repouso e observação, uma sala de estabilização, uma farmácia com dispensação de medicamentos, uma sala de curativos (ambulatorial) e consultórios médicos. No que diz respeito à psiquiatria, a unidade é responsável tanto por atendimentos de urgência em saúde mental, quanto por atendimentos ambulatoriais.

Sendo o serviço social indicado como a categoria profissional com a qual a equipe do NASF-AB efetua contatos quando necessita dialogar sobre alguma demanda, foi realizada uma entrevista com uma assistente social que atua há longo tempo na unidade. De acordo com a profissional entrevistada, a unidade possui duas portas de entrada. A entrada principal é voltada para o pronto atendimento “geral” e há uma entrada secundária com uma recepção para os casos de urgência em saúde mental, para o atendimento ambulatorial em psiquiatria e odontologia e para primeiros atendimentos relacionados à realização de curativos. Por motivos de segurança, a recepção da porta de entrada secundária funciona até as 11 horas da noite, quando a entrada

principal passa a ser a única entrada do serviço. Além disso, os pacientes de saúde mental que chegam por ambulância utilizam a porta de entrada principal.

A unidade atua como referência de atendimentos de urgência em psiquiatria no município desde a década de 90. De acordo com outros profissionais/gestores da rede de atenção à saúde mental entrevistados, no passado, o Pronto Socorro teve uma atuação com equipe multidisciplinar, porém, hoje, se concentra mais fortemente nos atendimentos psiquiátricos. A unidade dispõe de dois médicos psiquiatras plantonistas todos os dias da semana, sendo um voltado para atendimento ambulatorial e outro para atendimento das urgências. Há, também, diariamente um assistente social plantonista que trabalha na unidade como um todo, mas que tem sua atuação intensamente voltada para a saúde mental. O serviço social da unidade fica lotado em uma sala entre a recepção e os consultórios de psiquiatria, atendendo a maior parte da demanda de saúde mental que chega até a unidade. Não há uma equipe de enfermagem destinada especificamente para o atendimento em saúde mental, o que, de acordo com a entrevistada, gera a necessidade de ter de acionar alguns profissionais em outro setor quando a intervenção dos enfermeiros é necessária.

Observamos que, assim como outras unidades de saúde do município, o setor de psiquiatria do pronto socorro apresentava precárias condições de instalação, uma recepção pouco confortável para espera dos usuários, móveis e demais utensílios em mau estado de conservação. Além disso, chamou atenção a existência de grades separando o corredor, local onde ficavam os consultórios, da recepção, onde os usuários aguardavam atendimento. Nesta passagem, havia um profissional, sem uniforme ou identificação, designado especificamente para controlar a entrada e saída dos usuários do serviço, abrindo e fechando um portão de ferro. Ainda, de acordo com a profissional, o setor de psiquiatria seria, na semana seguinte à realização da entrevista, transferido temporariamente para outra unidade de pronto atendimento do município, pois seriam realizadas reformas necessárias em suas instalações.

A profissional entrevistada relata que a gestão da unidade é híbrida, informando que segue a coordenação do Programa de Saúde Mental e, ao mesmo tempo, a gerência administrativa do Pronto Socorro. Porém, o relato da coordenadora do Programa de Saúde Mental do município, por sua vez, demonstra que tal programa não possui gerência sobre o que ocorre no pronto socorro, relatando inclusive dificuldades de diálogo/colaboração com os psiquiatras que lá atuam. Reconhece que não tem governabilidade sobre o atendimento psiquiátrico realizado pelo PSM, seja em seus atendimentos ambulatoriais ou na emergência psiquiátrica. O seu relato indica haver pouca comunicação entre este serviço e o programa de

saúde mental, ainda que tenha havido, de acordo com ela, uma recente ampliação da comunicação com um dos médicos:

Aqui nesse pronto socorro existe um ambulatório aqui. **Isso me mata.** São profissionais psiquiátricos aqui atendendo lá quem a gente não sabe quem é. Desde que eu entrei, eu estou pedindo um levantamento quem são essas pessoas que estão aqui nesse ambulatório para gente fazer uma aproximação (**Coordenadora Programa de Saúde Mental**, grifo nosso).

A respeito do fluxo de atendimento dos usuários no setor de psiquiatria do PSM, a assistente social entrevistada explica que o usuário é atendido na recepção e, se estiver em crise, é direcionado diretamente para o médico. Porém, usualmente o primeiro atendimento é feito por um assistente social, que acolhe e avalia se o usuário deve ser atendido naquele momento, encaminhado para outros serviços da rede, ou encaminhado internamente para agendamento de consulta ambulatorial em data específica.

O agendamento para atendimento ambulatorial é realizado em um dia específico (às terças-feiras pela manhã) e os atendimentos são realizados ao longo do mês. O usuário deve comparecer ao serviço com um encaminhamento que pode vir da rede de saúde (outros serviços) ou internamente do Serviço Social (que encaminha quando, ao longo da semana, acolhe um usuário que pode aguardar até o dia do agendamento, por não apresentar demanda avaliada como urgente). No momento de agendamento do usuário, caso a recepção identifique alguma demanda que necessita de acolhimento imediato, ele é encaminhado para o serviço social que decide a inserção do paciente no atendimento de urgência.

Sobre a fila de espera, a profissional relata que não possui dados precisos, mas compreende que o serviço tem conseguido absorver as demandas num tempo razoável. O ambulatório libera 40 consultas em média por semana, de modo que sua fila de espera tem levado de um a dois meses entre o agendamento e a consulta. A profissional avalia que o serviço tem uma boa oferta de atendimento psiquiátrico, queixa-se do absenteísmo de pacientes que faltam nas consultas marcadas e que, ainda assim, conseguem obter receita de medicamentos na unidade.

A colaboração com a AB é pouco valorizada no discurso da profissional. Ela relata que ocorre, principalmente, nos casos complexos em que há dificuldade de adesão aos encaminhamentos na rede, sendo necessária busca ativa do paciente, ou quando há a necessidade de administração, pelo profissional da AB, de medicação de depósito, prescrita pelos psiquiatras do pronto socorro.

Mas às vezes tem aquele cara que não vai adiantar eu mandar para o ambulatório, porque eu sei que ele não vai, ou ele não vai vir à consulta, ou ele não vai tomar o remédio, ou ele tem uma fragilidade no território. Aí nesses casos a gente procura, Ah, vamos entrar em contato com a atenção básica, com a estratégia da onde ele mora, para ver se faz uma visita, para ver se faz um link. Eu acho que se dá mais nos casos mais complexos (Profissional de saúde do Pronto Socorro).

Relata que no passado havia melhor articulação com a equipe NASF-AB, pois esta dispunha de uma profissional que destinava um período de seu tempo para discutir os casos com a equipe do PSM. Porém, no atual momento, as discussões têm ocorrido apenas diante da demanda, geralmente em torno de casos mais complexos.

Quando questionada a respeito da colaboração com outros serviços, a assistente social valoriza a necessidade de aprimorar a comunicação com os CAPS. Reconhece que estes são os ordenadores da rede no cuidado em saúde mental e que a eles se deve dirigir quando realiza os atendimentos, pois, de acordo com o seu discurso, são os responsáveis pelo projeto terapêutico do paciente. Porém, afirma que alguns usuários que buscam constantemente o PSM não se vinculam aos CAPS como seria desejável. De acordo com a entrevistada, eles estabelecem vínculo com o PSM e deixam de buscar os CAPS ainda que sejam encaminhados para lá.

Enquanto um fator que dificulta essa colaboração com os CAPS, cita a distância física entre os serviços no município, porém reconhece que esse não é motivo suficiente para explicar a falta de diálogo. Afirma que os CAPS são muito atribulados, o que dificulta a qualificação da relação.

A entrevistada afirma que as internações psiquiátricas, ainda, ocorrem no município quando um paciente muito grave demora a obter melhora e não consegue se vincular ao CAPS. Informa que o PSM notifica as internações ao CAPS, mas que o diálogo com sua equipe de desinstitucionalização precisa amadurecer. Como será explorado mais adiante, o discurso da profissional contrasta com o que foi relatado na entrevista com profissionais/gestores de dois CAPS do município, que se queixam da conduta do pronto socorro no modo como conduzem os casos graves e da desinformação a respeito das internações.

A assistente social do PSM reconhece que a existência de um hospital psiquiátrico conveniado leva a uma acomodação da saúde mental do município, no que diz respeito à construção de estratégias para lidar com a crise em saúde mental na cidade. Sua afirmação leva a entender que ela acredita que, no futuro, quando não houver um hospital conveniado onde os usuários possam ser internados, o município se mobilizará para adequar sua rede para atender melhor estes usuários.

4.1.2 Núcleo de Saúde Mental

O município possui um serviço responsável pelo atendimento ambulatorial em saúde mental chamado “Núcleo de Saúde Mental”. De acordo com seu coordenador, o serviço foi criado na década de 90 para atender problemas de aprendizagem, sendo expandido com o tempo e passando a atender uma gama maior de demandas.

Atualmente, de acordo com um documento disponibilizado pela coordenação do serviço, o ambulatório é referência para o atendimento à população infantil, compreendendo a faixa etária de 4 até 10 anos incompletos e de adultos, compreendendo a faixa etária de 19 até 60 anos incompletos. Eventualmente, atende usuários fora da faixa etária definida devido ao vínculo estabelecido com a equipe, avaliando a necessidade de permanência.

A maior parte dos usuários - com idade entre 10 e 19 - anos são atendidos pelo Centro de Referência do Adolescente – CRA, que oferece serviços de saúde para além da saúde mental, como exemplificado na entrevista, provendo também pré-natal e atividades de promoção da saúde para a população nessa faixa etária. A população com mais de 60 anos é atendida por um Programa de Assistência Integral de Saúde do Idoso. Ambos os serviços não fazem parte do programa de saúde mental e compõem uma diretoria de atenção à saúde.

O Núcleo de Saúde Mental conta com os seguintes profissionais: um Psiquiatra, um Neuropediatra, oito Psicólogos, seis Assistentes Sociais, seis Fonoaudiólogos, dois Terapeutas Ocupacionais e um Fisioterapeuta. Ainda, de acordo com o documento disponibilizado, o serviço atende demanda espontânea ou encaminhada. Não é necessário o agendamento para o primeiro atendimento, que é feito por um profissional do serviço social que avaliará as necessidades de saúde em um ou mais atendimentos para, observando os critérios para atendimento na unidade, dar um encaminhamento interno para as listas de espera dos grupos de recepção ou um encaminhamento externo (para a rede). O coordenador relata que apesar de o encaminhamento não ser obrigatório para atendimento no serviço, em geral, recebe pacientes referenciados pela rede de ensino, saúde e do judiciário.

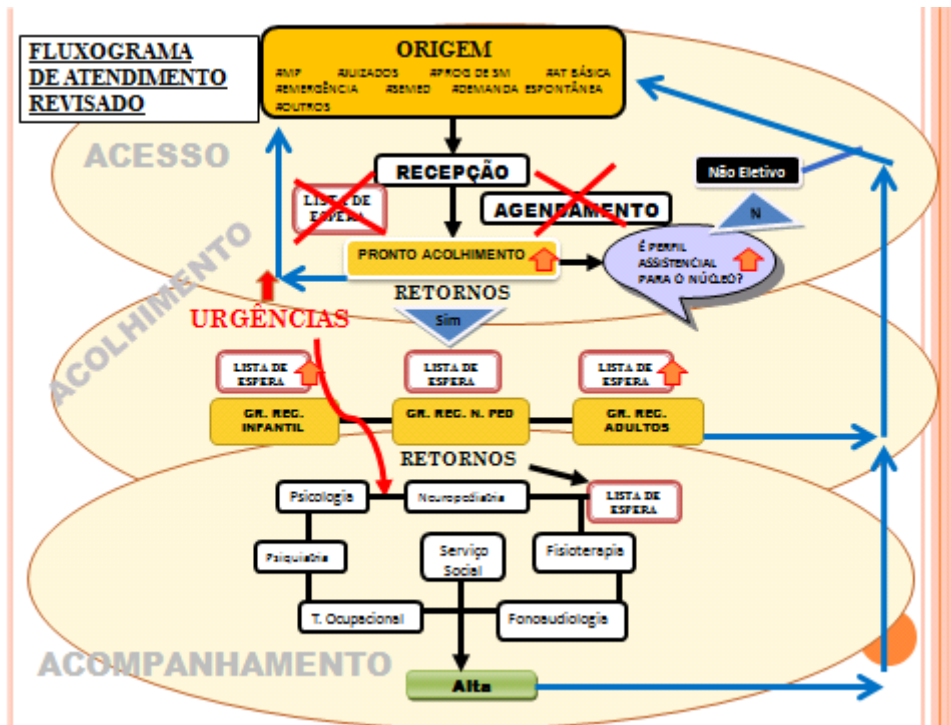
Numa “segunda etapa”, os usuários são acompanhados nos Grupos de Recepção para até 4 atendimentos e, em seguida, são encaminhamentos, pelos responsáveis pelos grupos, para as *listas de espera* dos atendimentos terapêuticos internos, observados os critérios para as especialidades; ou são encaminhados para a rede de saúde ou intersetorial, de acordo com as especificidades dos casos. O coordenador relata que o serviço trabalha com uma lógica de “espera assistida”, buscando prover algum tipo de assistência aos usuários que ainda não foram absorvidos pelos atendimentos terapêuticos do serviço.

Há, ainda, a especificidade de casos que são identificados como urgência. De acordo com o documento disponibilizado:

os casos que forem identificados como Urgências, pelo Serviço Social na Entrevista de Acolhimento, serão levados para reunião semanal, com toda a equipe e, observados os critérios de urgências, serão prontamente colocados em atendimento terapêutico, pulando as etapas dos Grupos de Recepção e das listas de espera.

O documento apresenta, também, o seguinte diagrama como forma de especificar o fluxo interno dos usuários no serviço:

Figura 3 – Fluxograma de atendimento do Núcleo de Saúde Mental



Fonte: documento ‘Apresentação Núcleo”, disponibilizado pela coordenação do núcleo.

O documento expõe que o perfil de atendimento não está restrito à “categoria diagnóstica ou à severidade”, mas se o caso pode ou não se beneficiar com este modelo de tratamento. No que diz respeito às urgências (casos priorizados), o documento afirma que são consideradas: pessoas vitimadas por violência sexual ou doméstica; pessoas que apresentam ideação suicida; e casos judicializados (em entrevista, o coordenador relata que este último critério está atrelado à existência de multa na decisão judicial). Os casos de exceção, ou seja, aqueles cuja demanda não se enquadra nas ofertas do serviço, deverão ser discutidos em equipe para inserção do paciente no atendimento.

Na entrevista, o coordenador relata que em torno de 10% dos casos são considerados urgências, a fila impõe em torno de seis meses de espera entre o acolhimento realizado pelo Assistente Social e a entrada nos grupos de recepção que, de acordo com ele, é o principal gargalo. Afirma, ainda, que antes e durante o grupo de recepção vão ocorrendo algumas desistências, o que diminui, em parte, as demandas por atendimento individual. Não soube informar, durante a entrevista, o tempo de espera do grupo de recepção para o atendimento individual.

A organização do serviço demonstra que o usuário passa por um longo processo de triagem, com diversas fases. Compreendemos que a espera assistida se assemelha a uma longa “gincana” à qual o usuário deve se submeter para, ao final, conseguir obter o atendimento individual. No que diz respeito ao cuidado em saúde mental, é importante que haja disponibilidade de ofertas variadas e facilitação de acesso para permitir a vinculação do usuário ao tratamento, em especial no caso dos pacientes que passam por quadros mais intensos de sofrimento.

Quando os recursos são limitados é necessário ter clareza do tamanho da fila e pactuar os critérios de priorização e estratificação do risco dos usuários, para estabelecer quais demandas podem ou não (e o quanto podem) esperar. Assim, ficaria mais fácil identificar o tamanho da demanda reprimida, o que serviria para demonstrar a necessidade de recursos para ampliação do serviço. Além disso, os critérios de priorização poderiam ser pactuados com a rede de atenção, incluindo a Atenção Básica na discussão, em especial os NASF-AB, que poderiam, inclusive, atuar mais fortemente na estratificação do risco para o cuidado em saúde mental, com a realização de encaminhamentos qualificados que poderiam ser usados como instrumento de priorização dos casos, na medida em que estes seriam previamente avaliados.

São elencados os seguintes perfis de atendimentos para as especialidades atuantes no serviço:

- Atendimento em fisioterapia: Envolvem pacientes com transtornos mentais com demandas nesta área.
 - Atendimentos em Terapia Ocupacional: Crianças com transtornos mentais com ou sem comorbidades; distúrbios comportamentais com prejuízo da vida social; déficit intelectual; comprometimentos no campo da aprendizagem escolar. Adultos: com transtornos mentais e sofrimentos psíquicos de grau leve ou moderado.
 - Atendimentos em psicologia: Crianças com transtorno de complexidade leve a moderado que sejam elegíveis para a psicoterapia (conforme descrito no CID-10). Os casos graves com indicação para atendimento ambulatorial serão discutidos em reunião de equipe.
- Obs - A gravidade é entendida aqui como a necessidade de atendimento intensivo, para habilitação de atividades diárias, cuidado do filho como suporte ao familiar, etc.
- Atendimentos em Serviço Social – Entrevista de Acolhimento e de Porta de Entrada, buscando conhecer a demanda das pessoas e propor os encaminhamentos devidos.

- Atendimentos em Fonoaudiologia – Público-alvo: pacientes de saúde mental no âmbito da linguagem, cognição, relacional e dialógica, passando pelos aspectos comportamentais derivados desta questão - transtornos invasivos do desenvolvimento de leve a moderado; atrasos de fala e linguagem; distúrbios da aprendizagem (processos intrínsecos); gagueira; alterações comunicativas que envolvam inclusive aspectos de saúde vocal de ordem funcional e/ou orgânico.

- Atendimentos em Neuropediatria– Atendimento a crianças e adolescentes que apresentem comprometimento estrutural , comportamental, disfuncionais elétricas, limitando a capacidade física , intelectual e emocional de cada um.

Exemplos: Síndromes Neurológicas. Síndromes Genéticas; Epilepsia; Atraso no Desenvolvimento Infantil; Malformações Congênitas; Transtornos Psicológicos; Deficiência Intelectual; Síndromes Hiperativas; Entre outras (Apresentação do Núcleo de Saúde Mental , documento disponibilizado pela Coordenação do Núcleo, [n.p.]).

É importante notar que não é descrito perfil de atendimento da psiquiatria. De acordo com a entrevista realizada com o coordenador, o profissional de psiquiatria que atua no serviço tem como incumbência apenas o atendimento de usuários que já estão em acompanhamento, ou seja, aqueles que estão frequentando algum outro tipo de oferta do serviço. As demandas “diretas” de atendimento em psiquiatria são hoje atendidas majoritariamente pelo PSM. Anteriormente, era realizado em parte pelo Núcleo de Saúde Mental e, em parte, pela equipe do NASF-AB que contava com psiquiatras atendendo nas UBS.

Conforme é relatado em outras entrevistas: ocorreu um “êxodo” dos psiquiatras na cidade. Há algum tempo, houve a instalação de um ponto eletrônico no município e a gestão municipal passou a cobrar a realização da carga horária completa de todos os profissionais. Diante disso, os psiquiatras foram pedindo demissão e não houve reposição. A coordenadora do Programa de Saúde Mental relata, como hipótese, que os psiquiatras do PSM permaneceram, devido à possibilidade de trabalharem em regime de plantão, realizando toda a carga horária em número menor de dias.

O coordenador do núcleo relata que considera positiva a mudança da psiquiatria para o PSM, pois, em sua visão, isso tenderia a diminuir a procura por pacientes que buscam apenas a atenção farmacológica como forma de tratamento dos problemas de saúde mental.

Do ponto de vista de gestor, acho ótimo, porque é muito ruim trabalhar com a demanda de psiquiatria que só vem tomar remédio, só quer receita. Então é muito complicado essa clientela.

(...)

Então eu acho que, enquanto psicólogo, também acho que o paciente que não tem o movimento de tratamento mais ampliado... Não acho bom que ele ocupe as vagas aqui, por exemplo.

Acho que essa vaga da psiquiatra que a gente tem, as poucas que temos, devem ser ocupadas com pessoas que realmente estejam querendo trabalhar aquelas questões e ganhar autonomia e não ficarem cronificadas (Coordenador do Núcleo de Saúde Mental).

Tal explicação denota uma preocupação apenas com os usuários que conseguiram acessar o serviço. A medicalização, dessa maneira, é vista como um problema dentro do serviço, desconsiderando a necessidade de intervenção sobre a medicalização no território e o lugar do serviço na rede de atenção. Além disso, parece negligenciar a função do serviço de auxiliar o usuário na construção da demanda, no reconhecimento de seu sofrimento e o papel do ambulatório no cuidado aos usuários com problemas de saúde cronicados, com uso exacerbado dos medicamentos e que, muitas vezes, podem precisar de um trabalho ao longo do tempo para, então, reconhecerem a necessidade/desejarem outras formas de tratamento.

A equipe de saúde mental do NASF-AB aparece no discurso da psicóloga e do coordenador do ambulatório como um interlocutor qualificado, mas insuficiente diante da especificidade da AB do município. As articulações do núcleo com a equipe NASF-AB têm um caráter pontual e são feitas de maneira direta entre os profissionais ou entre os profissionais do NASF-AB e o coordenador do núcleo, não havendo, portanto, um fluxo pactuado entre a AB e a o Núcleo de Saúde Mental. Os entrevistados relatam que a comunicação ocorre quando necessita realizar busca-ativa de pacientes que deixaram de frequentar o serviço por algum motivo e necessitam de maior apoio.

A gente faz algumas articulações pontuais, os pacientes chegam até a gente alguns o Nasf liga para a gente, para os profissionais e pede, a mim mesmo já... (Coordenador do Núcleo de Saúde Mental).

4.1.3 CAPS-II (“CAPS-geral”)

O Centro de Atenção Psicossocial CAPS-II fica localizado num bairro residencial, porém próximo à região central do município. Atualmente, a equipe tem a seguinte composição: 2 assistentes sociais, 2 Terapeutas Ocupacionais, 1 Musicoterapeuta (que acumula também o cargo de coordenador), 4 Psicólogas e 2 Psiquiatras, uma técnica de enfermagem diarista (com uma carga horária de 30 horas/semanais), 2 Técnico de Enfermagem Plantonistas e 2 Enfermeiros plantonistas.

De acordo com o relato do coordenador, os profissionais do CAPS se organizam em “miniequipes”, um conjunto de dois a quatro profissionais de referência responsáveis por um conjunto de usuários de determinado território. Tal estruturação foi feita com o intuito de facilitar a comunicação da equipe de referência do CAPS com os recursos de cuidado próximos ao local em que o usuário reside, o que inclui as UBS e, em especial, as equipes NASF, nos lugares em que há cobertura.

O CAPS trabalha com as seguintes ações: oficinas em grupos, atendimentos individuais, atendimentos à família e assembleia dos usuários. Esta última foi uma experiência avaliada como positiva pelo coordenador. De acordo com ele, a assembleia é um espaço deliberativo efetivo, no qual os usuários têm autonomia para deliberar desde assuntos mais corriqueiros do cotidiano do funcionamento da unidade, até questões mais complexas, inclusive, definindo a pauta das reuniões. Cita, como exemplo, a organização de uma mobilização em torno da necessidade de um passe para o transporte municipal para os usuários dos serviços rede de saúde mental, mobilização esta que alcançou uma alteração na lei municipal que regia tal recurso, até então destinado apenas a usuários com diagnóstico de determinadas patologias atreladas à deficiência mental. Comenta, também, a mobilização dos usuários para cobrança de providências frente à interrupção do fornecimento de alimentação, ocorrida no passado. Atualmente, a mobilização dos profissionais e usuários se dá em torno da reivindicação da mudança da tipologia do CAPS e do CAPS AD, da implementação dos leitos de hospital geral e da construção de uma unidade de acolhimento adulto e infantil.

O coordenador do serviço descreveu o histórico do processo de transição da modalidade CAPS II para CAPS III interrompido. De acordo com ele, a transição para CAPS III foi pactuada com a CIB, quando o município havia chegado ao perfil populacional necessário. Porém, alguns anos se passaram e a transição ainda não foi finalizada. Em sua avaliação, o fator dificultador tem sido a falta de “vontade política” da gestão municipal, na medida em que a transição do CAPS para a modalidade III exigiria a contratação de novos profissionais e o aluguel de um imóvel maior. Até o momento, foram contratados apenas enfermeiros plantonistas que são deslocados para outro serviço no período da noite, já que o CAPS ainda não possui expediente noturno. A coordenadora do programa de saúde mental relata que o imóvel foi providenciado recentemente e que os outros recursos necessários para a transição de modalidade estão sendo providenciados.

O CAPS faz atendimentos de demanda espontânea e recebe encaminhamentos, principalmente, da emergência psiquiátrica, Ministério Público e de outros municípios, quando os pacientes migram, o que é comum, segundo o coordenador. Ele infere que isso ocorre porque uma parte considerável dos habitantes da cidade é migrante e tende a trazer consigo parentes que passam por problemas de saúde mental, por considerarem a rede de atenção à saúde do município mais bem estruturada do que a de seus municípios de origem.

Quanto aos encaminhamentos da AB, relata que em geral é feito o contato por meio telefônico ou *WhatsApp*, não havendo o hábito de se fazer por escrito. Pontua que são realizadas reuniões frequentes com as equipes NASF-AB para discussão de casos em acompanhamento,

porém, sem periodicidade definida, e que as “microequipes” dialogam diretamente com as equipes NASF-AB do território que são responsáveis. Considera, contudo, que os espaços de discussão de casos com a AB devam ser mais bem “esquemáticos”, e que, em geral, as discussões são feitas por demanda da AB ou do CAPS, a partir de situações “mais problemáticas”.

A gente tem os usuários que não vêm ao CAPS e têm um funcionamento na comunidade, circula pela comunidade, e, por exemplo, a estratégia faz a medicação injetável, e o CAPS vai acompanhando de longe, discutindo o caso se for o caso.

(...)

Às vezes a gente fica engolido pela agenda e não consegue estar tão próximo quanto a gente gostaria, porque a gente acredita muito nessa parceria e nesse trabalho, mas tensionamento, relação tensa, não, pedido de ajuda que não seja atendido (Coordenador do CAPS).

Pondera que há dificuldades mais importantes de comunicação/colaboração com a equipe da emergência do Pronto Socorro Municipal. De acordo com ele, o PSM “libera” pacientes que o CAPS solicitou que permanecessem por um tempo maior devido a uma crise, ou, ainda, realizam a internação de pacientes em hospital psiquiátrico conveniado sem antes informar ao CAPS, o que tem causado entrave para a função do serviço de articulador da rede de saúde mental. Em alguns casos, segundo relata, a equipe fica sabendo de algum usuário que foi internado no hospital conveniado, através de ofício do Ministério Público, solicitando informações.

Ou então eles fazem o contrário. Ou então, normalmente é familiar que faz isso. A pessoa começou a entrar em crise, eles nem falam com a gente, já levam direto para a emergência, que ao invés de avisar para a gente que o cara está lá, [equipe do PSM] mandam direto para o conveniado sem falar com o CAPS. Quando é para segurar eles soltam (Coordenador do CAPS).

Quando perguntado sobre a colaboração em torno dos casos em que há a participação do Ministério Público ou do Poder Judiciário, o coordenador relata que a entrada desses atores no acompanhamento de algum usuário leva a uma maior capacidade de convencer a gestão a prover os meios estruturais necessários para a que a equipe do CAPS possa ir ao território, favorecendo indiretamente a colaboração nesses casos.

Uma coisa que eu acho que tem a ver com isso que talvez seja digno para você de nota é que às vezes a gente consegue recurso do município para poder lidar com os casos só a partir do momento que entra o MP. A gente tem dificuldade de carro para fazer a visita, por exemplo. Quando a gente diz: "olha, é para atender um relatório do MP", aí aparece o carro (Coordenador do CAPS).

O argumento de que a entrada do MP ou Judiciário mobiliza a gestão a disponibilizar o recurso necessário para a colaboração que em outras situações não seria prioridade é relevante, porém não parece ser suficiente, na medida em que comentários de outros profissionais e discussões de casos nos grupos focais indicam, também, haver um maior empenho no cuidado e na articulação entre as equipes, quando há a necessidade de responder a tais instâncias fiscalizadoras. A impressão é de que em virtude da necessidade de resposta ao MP, as equipes se articulam, dialogam e tensionam umas às outras para achar uma resolução a um problema que se faz urgente, mas encontrava-se adormecido. O MP ocupa um lugar mobilizador, em função de fatores que precisariam ser investigados, mas, dentre os quais parece figurar o receio de punições e multas. Tal receio, por parte da gestão, teria como efeito uma cobrança nas equipes, certa mistura entre coordenação e vigilância do cuidado.

4.1.4 CAPSi

A equipe do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) é composta por quatro psicólogos, uma assistente social, uma técnica de enfermagem, um psiquiatra infantil, um terapeuta ocupacional, um musicoterapeuta, duas fonoaudiólogas e um fisioterapeuta.

A coordenadora do CAPSi, descreve o perfil de atendimento do serviço como: crianças e adolescentes com autismo, psicoses, álcool e drogas, tentativas de suicídio, automutilação e abuso sexual. Pontua que o serviço atende, também, casos descritos como de “vulnerabilidade social”, situações em que o paciente não possui nenhuma patologia do ponto de vista psicopatológico (questões psiquiátricas), mas tem seus direitos violados (em virtude de alguma violência ou negligência).

Relata que há um grande volume de demandas no CAPSi neste momento, pontuando que, até 2015, não havia demanda reprimida, mas, no momento, há 120 crianças em acompanhamento e outras 120 em avaliação, aguardando a admissão no serviço. Na sua avaliação, houve uma ampliação da demanda em virtude da crise econômica, o que levou a uma queda na empregabilidade e a uma migração de parte dos usuários do setor privado de saúde para o setor público. Este cenário, atrelado à recente perda de diversos profissionais, levou o serviço a acumular uma demanda reprimida.

O serviço atende demanda espontânea, mas relata que tem recebido muitos casos encaminhados pelas escolas e por determinação judicial. Quanto aos critérios de priorização, cita-se crianças e adolescentes acolhidos no abrigo municipal, tentativas de suicídio e bebês com suspeita de autismo. Afirma que os atendimentos são realizados, prioritariamente, em

grupos divididos por faixa etária e não por diagnóstico. Em relação aos casos para os quais há a necessidade de atendimento individualizado, compreende que necessitariam estar sendo, também, acompanhadas pelo ambulatório. Reforça que a atuação da equipe do CAPSi transcende a atuação tradicionalmente associada ao núcleo de competência profissional e isso, na sua visão, difere o trabalho do atendimento ambulatorial. Porém, comenta que não tem conseguido articular o atendimento individual dos usuários com o Núcleo de Saúde Mental e, por essa razão, em alguns casos, os profissionais do CAPSi têm realizado atendimentos individuais, como exemplificado no trecho a seguir.

Então... Não. Tem um caso grave aqui de abuso que a gente está acompanhando. E a psicóloga daqui está fazendo atendimento porque não tem vaga. E a gente sabe que essa criança tem questões aí também da família, tem questões subjetivas que a gente acha que seria um atendimento individual. Aí eu entrei em contato com o V. (coordenador do Núcleo) e o V. falou: Y., Olha. Não dá porque a gente também está...". Ele falou que está pedindo hora extra. A psicóloga que atende criança, uma exonerou. São todas... uma exonerou, a outra gente está tentando hora extra, mas não consegue. Tem crianças aqui também com essa situação. Então isso é muito preocupante (Coordenadora do CAPSi).

É importante ponderar que o modelo de atenção psicossocial não impede que sejam realizados atendimentos individuais nos serviços, nem determina que estes devam ser realizados exclusivamente pelos ambulatórios. Propõe-se que estratégias coletivas de cuidado sejam privilegiadas, porém, o atendimento individual pode ser visto como um dos instrumentos a serem utilizados no cuidado aos usuários em acompanhamento nos serviços e não como uma distorção do modelo defendido para a saúde mental.

Quanto à articulação com a Atenção Básica, a coordenadora valoriza a importância do território para o trabalho do CAPSi, mas relata dificuldade estrutural ligada à indisponibilidade de transporte para realização de atividades conjuntas com as eSF e equipes NASF-AB. Relata, também, a especificidade de partes do município que não são cobertas pela eSF, o que exige que o CAPSi recorra a uma articulação com os Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) destes territórios. Afirma reconhecer a necessidade de estar mais próxima das reuniões dos profissionais de saúde mental das equipes do NASF-AB, que ocorrem em local próximo ao CAPSi, porém justifica que a demanda interna do serviço dificulta esse processo de colaboração.

Acho que por outras coisas que foram aparecendo demandas (urgentes). Porque tipo assim. Se a gente está lá fora a gente não atende. Então a gente está nesse nível assim. se a gente sai, a gente não dá conta de quem está aqui. Então está sendo difícil a gente... (Coordenadora do CAPSi).

Ao avaliar as ofertas do serviço, a coordenadora dispensa parte significativa do tempo da entrevista valorizando a experiência exitosa do grupo de pais e bebês, que busca uma intervenção precoce em casos de suspeita de autismo.

São três famílias, três bebês e três técnicos na sala, onde a gente é facilitadora aí dessa interação, eu escuto um pouco a angústia dos pais, faz essa intermediação entre essa criança e essa família. E aí hoje atualmente são cinco grupos. Está tipo crescendo, tanto que se você for ver na avaliação, bebê de um ano e nove chegando, um ano e dois, dois anos e seis meses. E aí a gente paga essa supervisão, aonde um psicanalista que vem do Rio, da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio, que ela já está com a gente também há quatro anos. Ela vem, mas assim, é para este projeto (Coordenadora do CAPSi).

Para participar do grupo de pais e bebês, os usuários são, em geral, encaminhados pela Casa da Criança (ambulatório especializado em atendimentos a crianças), por profissionais que possuem conhecimento do projeto. Relata que as ESF sabem do projeto, o que não se confirmou durante as observações participantes e conversas com as equipes NASF-AB e ESF. A dúvida sobre a articulação com a ESF se acentua pelo fato de que a coordenadora não se recorda de nenhum caso encaminhado pelo NASF-AB ou ESF e se refere ao serviço especializado (Casa da Criança) como parte da AB. Isso denota, de alguma forma, uma fragilidade de articulação do CAPSi com as equipes e a coordenação da Atenção Básica, e, ainda, pouca valorização da AB como um ponto de cuidado importante para a atenção à criança e adolescente e de identificação em tempo oportuno de demandas que talvez necessitem da intervenção do serviço.

Por fim, a coordenadora aponta como principais desafios: a sobrecarga de trabalho; a ausência de transporte para facilitar o contato com outros pontos da rede de atenção e intersetorial; a falta de material lúdico para o trabalho com as crianças, ausência de apoio para participação em congressos e de supervisão técnica para o trabalho. Relata que a equipe custeia com recursos pessoais uma supervisora para o projeto de pais e bebês que ocorre no CAPSi.

4.1.5 CAPS-AD

A equipe do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) é composta por uma coordenadora (que possui seu vínculo profissional como instrutora de artesanato), uma enfermeira, um médico psiquiatra, três psicólogos, duas assistentes sociais, dois terapeutas ocupacionais. Os profissionais do CAPS-AD são concursados, com exceção do médico psiquiatra, que possui um contrato de trabalho temporário. Todos os profissionais cumprem uma carga horária de 20 horas semanais no serviço, exceto a coordenadora que possui uma

carga horária de 30 horas semanais, e o psiquiatra que trabalha por 12 horas em um dia no CAPS-AD e, após o expediente, complementa sua carga horária de 20 horas, trabalhando por 8 horas no Pronto Socorro Municipal.

A entrevista foi realizada com uma profissional de saúde e a coordenadora do serviço, que se queixam de uma defasagem importante de profissionais. Relatam que houve a saída, no último ano, de 5 profissionais sem reposição e que ficaram por um longo tempo sem médicos. Por essa razão, necessitavam contatar frequentemente a emergência psiquiátrica do PSM e uma psiquiatra da Casa de Convivência.

Sobre o histórico do serviço, relatam que este realizou uma transição em 2008 de um serviço de atendimento ambulatorial a usuários com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas para o trabalho do CAPS. Esta transição também implicou uma transformação na metodologia de trabalho de um serviço que realizava atendimentos de forma ambulatorial, pautados na lógica da abstinência, para a metodologia da atenção psicossocial pautada na redução de danos.

O CAPS-AD atende demanda espontânea e, em alguns momentos, recebe encaminhamentos de outros pontos de atenção da rede. De acordo com as entrevistadas, o serviço não possui filas, sendo realizado o acolhimento aos usuários em qualquer dia da semana, com exceção de um turno em que ocorre a reunião de equipe. Após o acolhimento, o usuário é agendado para um grupo de recepção, coordenado por duas psicólogas. Nesse grupo é feito o projeto terapêutico singular (PTS) do paciente e, dessa forma, é explicado a ele o funcionamento do serviço.

No processo de elaboração do PTS do paciente são definidas as oficinas das quais ele participará. Em geral, as ações são desenvolvidas de maneira coletiva, mas isso depende da necessidade singular do paciente. As entrevistadas assinalam que, em alguns momentos, o paciente ainda não consegue se inserir em um grupo e, por essa razão, a equipe inicia o tratamento realizando atendimentos individuais. As decisões a respeito do cuidado aos usuários são realizadas nas reuniões semanais da equipe, inclusive decisões relativas à atuação dos médicos como, por exemplo, a indicação para internação.

As atividades coletivas são elaboradas a partir da demanda dos pacientes em diálogo com os profissionais de saúde, considerando-se, também, as restrições impostas pela infraestrutura do serviço. As entrevistadas ressaltam que essas atividades não devem ficar restritas à temática do uso de drogas, devendo avançar para outros aspectos referentes à vida dos usuários. Destacam, ainda, que nem todos os pacientes passam pela psiquiatria e que há um cuidado quanto à centralização do tratamento na prescrição medicamentosa. Assim, postergam-

no com o intuito de não sugerir ao usuário a impressão de que o tratamento no CAPS se reduz ao uso do medicamento.

De acordo com a descrição da rotina do serviço, os usuários chegam na unidade pela manhã, tomam o café da manhã, fazem atividades físicas e realizam as oficinas de convivência voltadas para aqueles que apresentam quadros mais graves associados ao uso de substâncias e/ou com maior vulnerabilidade/risco social. No período da tarde, dependendo do seu projeto terapêutico, o usuário permanece para participar dos grupos com temáticas mais específicas, por exemplo, grupo de reflexão, grupo de família, oficina de cinema, oficina literária, oficina de música. No período da noite, há, também, um grupo de reflexão.

Sobre a colaboração no trabalho em equipe, uma das entrevistadas relata que há diferenças de perspectiva a respeito do cuidado aos usuários dentro do próprio CAPS-AD. Ainda que os profissionais se utilizem do discurso da redução de danos, a prática de alguns não tem seguido essa abordagem - alguns têm atuado na perspectiva da abstinência, da moralização e da medicalização dos usuários. Cita, como exemplo, a fala de um de seus colegas que em uma reunião de equipe cogitou a ideia de iniciar aplicação de eletroconvulsoterapia nos pacientes.

A respeito dos usuários, assim como em outras entrevistas, foi citado o problema do grande fluxo migratório de pessoas que vêm de outras localidades em busca de trabalho, o que faz com que parte das pessoas acabem permanecendo no município em uma situação de grande vulnerabilidade/risco social, algumas delas iniciando problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Por essa razão, há uma necessidade constante de articulação com a equipe do consultório de rua que aborda tais usuários.

Assim como outros serviços da rede de saúde mental, os profissionais do CAPS referem a aposta no território como algo de grande importância para o trabalho na atenção psicossocial. Abordam a importância da Estratégia de Saúde da Família como referência para o cuidado desses usuários e do NASF-AB como um suporte para o cuidado.

Porque a gente pode fazer do Caps um capiscômio, se a gente quiser, não é? De dizer que tudo que vai ser ofertado para ele vai ser ofertado dentro do dispositivo. Porque a gente tenta fazer essa aposta no território, de fato, de fazer com que ele tenha um vínculo com o território, que aumente o poder de contratualidade deles, que ele possa se referenciar lá na equipe da Estratégia da Saúde da Família dele, com a própria equipe do Nasf dando um suporte para ele no território dele. Então a gente faz uma aposta, e muitas vezes é complicado por conta do grau de comprometimento desse usuário, mas a gente mesmo assim tenta apostar nisso (Profissional de saúde do CAPS-AD).

A profissional do CAPS-AD exemplifica a articulação com a atenção básica, a partir do caso de um paciente em situação de rua com comorbidades (uma ferida em seu pé) que vinha sendo tratada pela ESF. De acordo com ela, o atendimento realizado pela equipe da ESF é mais

acolhedor do que o que aquele despendido pelas unidades de urgência para esses casos. A profissional e a coordenadora relatam que a colaboração com a Atenção Básica tem sido frequentemente realizada em torno dos casos que envolvem demandas judiciais. De acordo com elas, estes requerem um esforço coletivo de resposta, seja quando há demandas por internação compulsória, seja quando pacientes internados em alguma instituição estão retornando para o município.

Normalmente, quando os casos pipocam, muita determinação judicial, a gente está aí com essa chatice danada de internação compulsória e aí chega "ah, vamos internar compulsoriamente", você vai ver foi um pedido que foi feito lá três, quatro anos atrás, o paciente está muito bem, obrigado, e aí a gente tem lá que responder, a gente normalmente vai lá, reúne, conversa com a Estratégia.

Então a gente vai sentar e vai fazer um projeto terapêutico, e aí a gente tenta reverter a internação compulsória apresentando um projeto terapêutico em que esteja claro ali para todo mundo a responsabilidade de cada um, a Estratégia vai fazer isso, o Nasf vai fazer aqui, o Caps AD vai fazer aquilo outro (Profissional de saúde do CAPS-AD).

Mesmo reconhecendo as experiências de parcerias, as entrevistadas relatam dificuldades de comunicação com as equipes do NASF-AB e ESF, atribuída pela falta tempo e de investimento por parte dos próprios profissionais do CAPS. Citam, também, a necessidade de manter uma rotina de comunicação não apenas nos casos graves/urgentes. Estas entrevistadas caracterizam como “incêndios”, dando como exemplos os momentos em que algum paciente que está internado necessita retornar para o município. Assim como em outras entrevistas, referem, também, a falta de estrutura (profissionais e transporte) como um fator que dificulta a colaboração no cuidado.

Além disso, de acordo com as entrevistadas, muitas vezes, a lógica de trabalho dos profissionais da ESF é baseada no paradigma da abstinência e no modo asilar de atenção, e não na redução de danos. Relatam que nos momentos de reunião com essas equipes buscam dialogar sobre a metodologia de atendimento à demanda dos usuários E informam que o município possui uma Escola de redução de danos, mas não esclarece se vem operando transformações no sentido de ampliar o olhar dos profissionais de saúde para essa metodologia de trabalho.

De acordo com elas, faz-se necessária, também, a qualificação do encaminhamento da Atenção Básica para o CAPS-AD. Depreende-se de suas falas que não é comunicado de maneira clara a metodologia de trabalho do CAPS-AD aos usuários e familiares encaminhados, o que dificulta o engajamento no tratamento, seja por ainda não reconhecerem a necessidade de cuidados, seja por não compreenderem o modo de funcionamento do serviço. No que diz respeito aos familiares, a pouca qualidade do encaminhamento levaria a uma frustração, já que costumam esperar uma internação do usuário.

Eles vão encaminhar muitas das vezes, e isso acontece muito. "Ah, fulana, encaminhei paciente para aí, ele foi?" Não, porque ele não se deu conta... Uma coisa é o profissional se dar conta de que a pessoa está fazendo um uso problemático de substância. Outra coisa é o usuário se dar conta que isso está acontecendo.

(...)

Até porque se entende assim comumente quando você fala em tratamento de álcool e drogas, as pessoas muitas vezes chegam aqui, aqueles que não querem ficar trancafiados numa clínica, achando que o tratamento de álcool e drogas é isso. Não existe um tratamento de álcool e drogas que seja em meio aberto, que quando muitas vezes a família fala está falando da internação (Profissional de saúde do CAPS-AD).

Assim como em outras entrevistas, foram feitas críticas ao funcionamento do PSM e ao modo como as crises em saúde mental são lá atendidas. A coordenadora do CAPS-AD relata que houve um desmanche do caráter interprofissional naquele serviço, com a retirada de categorias como psicólogos e terapeutas ocupacionais. No momento da entrevista, o setor de psiquiatria do PSM contava apenas com médicos psiquiatras e assistentes sociais.

Conforme as entrevistadas informam, os acordos na definição de cuidados ao paciente em crise no PSM falham constantemente devido às trocas de plantão, que levam a mudanças na conduta com os casos. Além disso, a lógica de trabalho não é a mesma do CAPS. Para uma das entrevistadas, a gerência administrativa do PSM é favorável à internação, assim como os gestores que estão em posição hierarquicamente superior à gerência do programa de saúde mental. Por essa razão, a decisão a respeito das internações não tem passado pelos profissionais do CAPS-AD e, assim como relatado também em outra entrevista, não passa pelo CAPS (geral). As internações são assinadas por psiquiatras do PSM, que são os únicos com acesso ao sistema de regulação.

Então, essa história da internação, a gente não interna ninguém. Se perguntar "ah, vocês fazem internação em paciente?" Não. Um belo momento, por meios escusos, depois que a pessoa está lá um ano em São Paulo em [Piúma], sei lá mais onde, a gente descobre que o município está bancando por uma ordem judicial que normalmente não passou pelo Caps, que o cara está lá internado, ninguém perguntou opinião, mesmo porque a gente não acredita em internação como forma de tratamento. Aí ele vem dizer "olha, agora vocês precisam receber o paciente". Então o paciente vai receber alta e aí a gente nem sabe que o paciente está internado, porque muitas vezes o primeiro atendimento foi a internação, não foi nem o Caps (Profissional de saúde do CAPS-AD).

Abordam, também, a dificuldade na colaboração para o cuidado a problemas de saúde que não estão atrelados ao uso de drogas dos usuários no PSM. Os pacientes atendidos no PSM são negligenciados nas demandas que não envolvem a psiquiatria, sendo necessário ao CAPS encaminhar novamente para um outro Pronto Socorro, localizado próximo ao CAPS, ou para alguma UBS.

Então, quando não tem uma necessidade... Porque eles não veem usuário de álcool e drogas como algo clínico, e aí quando eles estão lá, por exemplo, quadro de pressão alta, que a gente tem muito paciente, com pico hipertensivo, ou que está com a glicose alta, quando são casos mais assim a gente acaba encaminhando para ali ou acompanhando eles ali (Profissional de saúde do CAPS-AD).

Outra dificuldade apontada por uma profissional do serviço foi a articulação com os outros CAPS, pois, em geral, estes entendem qualquer uso de droga como objeto de trabalho do CAPS-AD e não conseguem compartilhar o cuidado desses pacientes. Informa, também, que o CAPS-AD estabelece articulação intersetorial com serviços da Assistência Social. Cita a articulação com o CREAS, a partir da demanda de usuários que cumprem medida socioeducativa, situações de violência e situações em que os filhos de usuários do CAPS-AD se encontram em acolhimento institucional no abrigo municipal. Uma das entrevistadas expõe, ainda, articulação com o Centro Pop, Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua, que realiza encaminhamentos frequentes para o CAPS-AD de usuários que identificam com problemas associados ao uso de álcool e outras drogas. Contudo, a despeito dessas articulações, pondera que os serviços da assistência social no município têm uma atuação, muitas vezes, antagônica àquela defendida pelo CAPS-AD e, também, às próprias políticas do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Também afirma que tais serviços atuam de forma a ratificar a ideia de controle sobre as famílias, havendo pouco avanço na adequação às políticas federais, como ocorreu na saúde mental no município.

4.1.6 Reflexões sobre a colaboração a partir da entrevista com os profissionais e gestores dos serviços da rede de atenção psicossocial

Nesta parte do capítulo serão abordados alguns pontos de convergência e divergência nos discursos dos profissionais e gestores dos serviços da RAPS entrevistados. Tais pontos incluem, principalmente, aspectos referentes à gestão do programa de saúde mental, bem como características referentes à organização dos serviços e às práticas de colaboração entre os serviços do programa, destes com a AB e com o pronto socorro.

Foi possível perceber no discurso dos profissionais de saúde/gerentes dos serviços da RAPS, uma posição de desconfiança quanto à gestão do programa de saúde mental. De acordo com eles, o município possuía uma tradição de escolha democrática tanto dos gerentes dos serviços quanto da gestão do programa, algo que foi quebrado recentemente, no que diz respeito à escolha da coordenadora do programa e mantido na escolha dos gerentes dos serviços.

A gestão democrática é vista como uma conquista dos trabalhadores ao longo de sua trajetória de atuação no município, e a quebra nesse processo gerou certa desconfiança à respeito dos caminhos que a política de saúde mental poderia estar tomando.

Os atores entrevistados ressaltam como experiência exitosa de colaboração entre os serviços, a realização de um fórum municipal de saúde mental. O fórum consiste em reuniões ampliadas que ocorrem a cada dois meses, com representantes de cada um dos serviços da rede de cuidados em saúde mental e de outros dispositivos da rede intersetorial. Neste fórum, o serviço que está “sediando” o encontro faz uma apresentação a respeito de seu trabalho e dialoga sobre o seu lugar na rede de cuidados. Porém, há um dissenso no discurso dos sujeitos quanto ao funcionamento de tal fórum, no momento das entrevistas. Parte dos entrevistados afirmam que se trata de algo que ocorria no passado, mas que foi interrompido na atual gestão, outros afirmam que não sabem se ainda está ocorrendo, enquanto a coordenadora do programa afirma que as reuniões foram retomadas recentemente. Tal contradição expressa a pouca capacidade de tal iniciativa se caracterizar, no momento, como um processo efetivo de colaboração entre serviços e atores.

A rede de atenção psicossocial do município é bastante complexa, na medida em que é composta por diferentes serviços, com diferentes regras de acesso, o que torna difícil para os usuários e para os diversos profissionais compreenderem com clareza o seu funcionamento. Além disso, nem todos os serviços da rede de saúde respondem a uma mesma coordenação e a definição do organograma da gestão dos serviços não parece seguir uma lógica que se refira à organização do cuidado realizado. Essa confusão, ao que indica, leva a uma dificuldade na qualificação dos encaminhamentos dos profissionais e no acesso dos usuários aos serviços.

Tal fragmentação na rede de cuidados se expressa ainda mais no que diz respeito aos atendimentos ambulatoriais, para os quais, como vimos acima, os serviços se dividem por um lado, de acordo com a faixa etária (nos casos dos adolescentes e idosos, que são atendidos por dois serviços multiprofissionais especializados) e, por outro lado, de acordo com a categoria profissional, como no caso dos atendimentos em psiquiatria, realizados majoritariamente pelo PSM.

No que diz respeito aos atendimentos de urgência em saúde mental, conforme descrito anteriormente, parte dos entrevistados criticou o modo como a gestão municipal e o serviço de pronto atendimento conduzem o cuidado à crise em saúde mental, fazendo entender que é assumido por eles uma postura manicomialista e desarticulada dos serviços de referência. Em uma das entrevistas foi relatado que há uma diferença importante a respeito dos modelos de atenção à saúde mental seguido pelos serviços na rede, que se expressa na diversidade de visões

entre os trabalhadores e gestores dos serviços a respeito dos usuários e dos objetivos do cuidado em saúde mental e, ainda mais especificamente, no cuidado a pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Assim, diferentes concepções sobre o cuidado em saúde mental são colocadas em oposição no discurso dos sujeitos, a saber: o modelo de cuidado da atenção psicossocial em oposição ao modelo pautado no encarceramento da loucura; o cuidado pautado na redução de danos em oposição ao cuidado pautado numa apreensão moral do uso de drogas que prega abstinência como solução única para o uso prejudicial de drogas; a medicalização do cuidado em oposição ao cuidado ampliado que compreende a complexidade da subjetividade e não apenas os aspectos fisiopatológicos do adoecimento psíquico. Cada concepção incide de um modo diferente no que se espera e se efetiva em relação ao cuidado em colaboração entre os serviços.

Tem sido expresso no debate acadêmico a respeito do trabalho em colaboração, a importância de compartilhamento de visão e objetivos (D'AMOUR, 2005, 2008), algo que não deve coincidir com uma presunção da possibilidade de que os conflitos sejam mitigados. Ao contrário, aponta-se a necessidade de explicitar as diferentes visões existentes, trabalhando com os conflitos que surgem das diferenças de expectativas e concepções a respeito do trabalho para poder chegar a uma negociação em torno de valores comuns ao objetivo do trabalho.

A partir da experiência de campo, percebemos que, em diversos momentos, nas entrevistas ou em conversas informais, as divergências não pareciam estar apaziguadas ou em constante tentativa de transformação. A sensação que passava no contato com os profissionais era de descontentamento e “desânimo”, diante das poucas possibilidades de transformação nos processos de trabalho e de que o instituído na rede de atenção era tão forte que havia pouca energia para enfrentá-lo. Assim, os trabalhadores se centravam no seu próprio serviço buscando exercitar sua autonomia e criatividade, ainda que percebessem que o cuidado integral e resolutivo para o usuário não se encerrava naquele espaço.

De modo geral, os coordenadores/profissionais de saúde entrevistados expressam a precarização das condições de trabalho nos serviços. De acordo com eles, falta estrutura básica para trabalho, materiais permanentes, materiais para realização de oficinas e, principalmente, profissionais em número e diversidade de categorias suficientes. Relatam que houve uma grande redução do número de profissionais de saúde mental, algo que é descrito, também, a respeito da equipe NASF-AB. Os entrevistados afirmam que diversos profissionais saíram do quadro dos serviços, não tendo ocorrido, há um longo tempo, concurso ou contratação para reposição, gerando sobrecarga, diminuição da oferta de cuidados.

Conforme relatado na apresentação dos CAPS e do Núcleo de Saúde Mental, é consensual, no discurso dos entrevistados, a valorização do território como primordial para o tratamento dos usuários, a Atenção Básica como um dos pontos de cuidado importantes para a saúde mental e o NASF-AB como um interlocutor privilegiado para as discussões de caso. Porém, ainda assim, assumem haver pouca articulação efetiva com esses pontos de atenção, que acabam sendo acionados com mais frequência diante da necessidade de realização de busca ativa a alguns pacientes que deixaram de comparecer aos serviços. Tal articulação incipiente é atribuída à baixa cobertura de ESF e NASF no município, falta de recursos humanos e dificuldade na obtenção de transporte para deslocamento até as unidades básicas de saúde.

A gestora do programa de saúde mental relata que os CAPS trabalham muito “pra dentro”, referindo-se à baixa disposição dos profissionais destes serviços ao trabalho em rede - de acordo com ela, a AB busca mais os CAPS do que os estes buscam o território. Esta avaliação a leva a ressaltar a necessidade de ampliar o matriciamento dos CAPS no território. Ela explica que a articulação entre os serviços é baseada na comunicação entre profissionais e valoriza a comunicação *on-line* como um elemento importante na interação. Quanto aos desafios enfrentados para a colaboração no cuidado, também, ressalta a falta de infraestrutura para realização das ações e para ampliação dos serviços, citando, ainda, a necessidade de prover capacitação e supervisão para os profissionais da rede e a grande pressão da demanda vinda do MP e do Poder Judiciário.

Além da gestora do programa de saúde mental, outros coordenadores/profissionais de saúde entrevistadas, apontam a influência do Judiciário e MP no incremento da demanda de trabalho nos serviços, que além de realizar os atendimentos determinados, também precisam produzir uma resposta institucional documentada à solicitação de tais órgãos. Porém, alguns dos entrevistados relatam que as demandas requisitadas “fazem sentido”, afirmando que não são, na maior parte das vezes, exageradas e que conseguem mobilizar a ação e a colaboração dos serviços em torno da produção de uma resposta conjunta.

Além disso, conforme relatado no subcapítulo sobre o CAPS (“geral”), a solicitação do ministério público ou judiciário facilitaria, também, a obtenção dos recursos necessários para o atendimento do paciente, para ir ao território onde vive o usuário e para dialogar com outras equipes que o atendem, algo que não seria prioritariamente disponibilizado pela gestão em outras situações.

4.2 OS NASF NO MUNICÍPIO ESTUDADO

De acordo com os profissionais da equipe NASF-AB, a experiência de Apoio Matricial em saúde mental no município começou com a criação de um Programa Municipal de Saúde Mental na Atenção Básica em 2002, portanto, alguns anos antes da portaria que dispõe sobre a criação dos NASF.

Durante as observações participantes e, em conversa com diversos profissionais tanto da equipe NASF-AB quanto dos serviços da Saúde Mental, uma psiquiatra que havia se aposentado recentemente foi indicada como um informante chave para compreender a história de implantação do apoio matricial do município. A profissional era identificada como uma liderança na equipe, tendo atuado na construção de diversas experiências de cuidado em saúde mental no município, dentre elas, o matriciamento no Programa de Saúde Mental na Atenção Básica.

Em entrevista com essa profissional, foi relatado que a experiência de matriciamento em saúde mental se iniciou com uma equipe composta por psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional e assistente social em duas UBS. A experiência do Programa de Saúde Mental na Atenção Básica foi iniciativa de um grupo de profissionais que atuavam no município, tomando por referência a obra de Antônio Lancetti e o projeto “Qualis”, uma construção que ocorrera em paralelo à estruturação do primeiro CAPS no município, também em 2002. Por causa dessa experiência, a psiquiatra participou da elaboração de um guia de matriciamento em saúde mental do Ministério da Saúde e de oficinas de capacitação em matriciamento em saúde mental em diversos lugares do país.

Apesar de ter sido proposto por um grupo de profissionais do município, a gestão apoiou a realização do projeto na época. De acordo com o relato da profissional, no momento da construção do programa foram alocados diversos profissionais que ingressaram no concurso público ocorrido pouco tempo antes. Os profissionais que tomavam posse no concurso, antes de escolher sua lotação, cursavam uma capacitação sobre o SUS e diversos deles ingressaram no programa de Saúde Mental na AB que, naquela época, passou a contar com uma equipe robusta.

No programa de Saúde Mental na AB, as equipes de apoio matricial apoiavam um número pequeno de UBS. Iniciaram com um projeto piloto em duas unidades (dentre as quais a UBS-B escolhida para aprofundamento do estudo), em seguida expandiram o trabalho para outras unidades, porém, ainda, em um número muito menor de equipes do que são apoiadas pelas equipes NASF-AB hoje.

Após a publicação da portaria n. 154/08, que cria os NASF, o município aderiu ao arranjo. Inicialmente, as equipes NASF foram compostas por profissionais com contratos temporários, mas foi mantida a equipe de apoio matricial, composta por profissionais concursados. Alguns anos depois, os profissionais contratados foram desligados e foi realizado um concurso específico para a Atenção Básica, através do qual foram selecionados fisioterapeutas, assistentes sociais e nutricionistas que vieram posteriormente a compor a equipe NASF-AB junto à equipe de saúde mental já existente. Inicialmente coexistiam de maneira separada as equipes de apoio matricial em saúde mental e as equipes NASF-AB com profissionais de outras categorias. Até o ano de 2015, a equipe de apoio matricial em saúde mental permaneceu vinculada à direção de saúde mental do município, quando passou, então, para a gerência de Atenção Básica e a organização da equipe foi se adequando ao que é definido na portaria com a unificação das equipes NASF-AB.

Ainda que os profissionais que atuam no NASF-AB sejam todos concursados, estes possuem diferenças em suas cargas horárias de trabalho e remuneração. Os profissionais antigos (que trabalhavam, portanto, nas equipes de saúde mental), possuíam uma carga horária de 20 horas semanais, enquanto os profissionais selecionados em um concurso específico para o NASF-AB atuavam numa carga horária de 40 horas semanais. Além disso, aqueles selecionados no concurso específico para o NASF-AB não dispunham de nenhum plano de cargos e salários, algo que os profissionais mais antigos possuíam (questão que foi debatida em diversas reuniões dos profissionais do NASF-AB observadas).

No momento da pesquisa, os profissionais estavam divididos em 6 equipes NASF, apesar de apenas 3 constarem como credenciadas no site do Departamento de Atenção Básica do MS (BRASIL, 2019). Foi tomada a decisão pela coordenação de atenção básica anterior, após uma avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) no município, de reorganizar as equipes NASF-AB, integrando os profissionais de saúde mental com os profissionais recém concursados e construindo um processo de territorialização das equipes do NASF-AB. As equipes foram organizadas de maneira territorial, apoiando cada uma delas entre 06 e 08 eSF de uma mesma região da cidade.

Mesmo que houvesse uma distribuição territorial das equipes NASF (que atuavam em unidades com área de abrangências de uma mesma região), havia uma grande distância entre as unidades apoiadas e, na maior parte das unidades, atuava apenas uma eSF, o que levava a uma necessidade maior de deslocamento das equipes NASF. Além disso, os profissionais de saúde mental, devido a sua carga horária de 20 horas semanais, precisavam estar em pelo menos duas unidades diferentes no mesmo dia, mantendo, em grande parte delas, uma periodicidade

quinzenal de trabalho. Tal organização gerava grande necessidade de deslocamento dos profissionais por diversas unidades de saúde em bairros diferentes e dificuldade de vinculação com as eSF.

Apesar de haver na organização formal da Atenção Básica no município a previsão de apoio do NASF-AB a todas as ESF, algumas encontravam-se bastante desfalcadas, uma delas, inclusive, sem nenhum profissional da Saúde Mental, contando apenas com dois profissionais na equipe NASF-AB (fisioterapeuta e assistente social). Essa conformação gerava um questionamento entre os profissionais do NASF quanto à qualidade do trabalho ofertado nas equipes desfalcadas. Tal questionamento os levou, nas oficinas de qualificação do processo de trabalho, a levantarem a necessidade de rever a conformação das equipes e proporem um diálogo com a gestão sobre a possibilidade de optar por uma redução do número de equipes NASF-AB, diante da baixa expectativa de que houvesse contratação de novos profissionais para completar o quadro. Algo que implicaria, portanto, deixar de cobrir algumas ESF do município.

De acordo com os profissionais, o município passou recentemente por uma ampliação bastante rápida no número de equipes de ESF. Tal ampliação havia sido uma promessa de campanha do prefeito que tinha por interesse chegar a 100% de cobertura. Porém, além do insucesso no alcance do percentual de cobertura almejado, a expansão do número de equipes ESF ocorrida não fora acompanhada de uma expansão das equipes de apoio, nem da melhoria de suas condições de trabalho. De maneira contrária, os profissionais relatam ter ocorrido uma redução do número de profissionais NASF-AB e citam, por exemplo, que os psiquiatras que trabalhavam na equipe foram demitidos ou transferidos, de modo que, hoje, as avaliações psiquiátricas, quando necessárias, precisam ser encaminhadas para o ambulatório de psiquiatria no PSM.

Nas reuniões iniciais da pesquisa com os profissionais da equipe de saúde mental, foram relatadas muitas queixas quanto ao direcionamento que a atual gestão vinha dando ao trabalho do NASF-AB. Relatavam que o trabalho desenvolvido “estava se perdendo” com o processo de ampliação do número de equipes de ESF, pois é mantida a obrigatoriedade de oferecer apoio a todas as equipes do município, sem haver uma expansão do número de profissionais do próprio NASF-AB.

No início da pesquisa, uma profissional de saúde havia assumido, há alguns meses, o cargo de coordenadora da equipe NASF-AB, porém, um mês após o início da pesquisa, ela havia se afastado por motivos de saúde e, em seu retorno, pediu transferência para outro setor. Na maior parte do tempo da pesquisa de campo, não havia, portanto, uma coordenação específica para os NASF-AB no município, ficando a coordenação sobre direção da gerência

da Estratégia de Saúde da Família, com duas profissionais da equipe NASF-AB ocupando uma função de liderança e intermediação entre equipe NASF-AB e a gestão. Havia, também, uma profissional lotada como Sanitarista que atuava em todas as equipes NASF-AB. Ela possuía grande experiência em gestão e auxiliava de maneira informal nesta intermediação com a gerência da AB e nas discussões a respeito do processo de trabalho das equipes NASF-AB/ESF.

Os profissionais do NASF-AB e das ESF expressam que há um baixo investimento na gestão na AB e pouco empenho na avaliação e monitoramento dos processos de trabalho, parecendo compartilhar um sentimento de “desamparo”. Em uma conversa com uma enfermeira de uma eSF, ela me relata sobre a dificuldade que tem para gerenciar o trabalho da unidade, em especial na relação com os ACS e queixa-se da falta de apoio da gestão. Os coordenadores de programas temáticos da AB e Vigilância em Saúde, de acordo com ela, relacionam-se com as equipes apenas para cobrar a produção de informações por meio de formulários, não havendo um processo contínuo de apoio ou de educação permanente, apenas capacitações pontuais, realizada de maneira centralizada na secretaria de saúde.

Durante o pré-campo, conversei com uma trabalhadora do NASF-AB que havia recentemente saído da equipe de saúde mental transferida para a equipe do consultório de rua. Ela relata que apesar de ter trabalhado na equipe por 6 anos, decidiu sair pois considerava o trabalho muito desgastante. Outra profissional da equipe NASF também relata algo semelhante ao falar das atualizações que ocorreram na equipe, com a saída dos profissionais. Exemplifica mostrando o documento com o nome dos profissionais de cada equipe NASF, mostrando que parte desses nomes, encontrava-se apagado com um corretivo na folha.

Então, com esse modelo aí, o que aconteceu? Na verdade, alguns profissionais saíam, que eram da rede, foram saindo pelas dificuldades mesmo do trabalho, entendeu? É um trabalho difícil, as áreas são áreas de risco, não tem veículo. Às vezes, você não tem uma equipe que o [agente] comunitário esteja com você. Então, você percebe o NASF B lá? A gente só está passando corretivo. Daqui a pouco não vai ter ninguém (Profissional de saúde NASF-AB em entrevista).

A diferença de vinculação dos profissionais da equipe NASF-AB “saúde mental” e da equipe do NASF-AB “geral”, além de envolver a diferença de carga horária e a possibilidade de inserção no plano de cargos e salários municipal, impacta, também, em uma maior possibilidade para os profissionais NASF-AB “saúde mental” de conseguir transferência para outros setores, na medida em que o vínculo de trabalho não estava atrelado especificamente à Atenção Básica. Outra explicação possível para essa maior facilidade (e que se soma à anterior) é a de que os profissionais da saúde mental possuem maior tempo de trabalho e circulam por

diversos setores no município, obtendo assim as articulações necessárias para obter tal transferência. Outra profissional de saúde do NASF-AB afirma:

E isso eu percebo que, ao passar do tempo, vai fazendo um acúmulo no profissional. Um acúmulo, como eu posso dizer... De insatisfação. E que chega um momento em que o profissional diz o seguinte: "Não, não vou continuar, não quero mais ficar." E, aí, se não conseguir pelos trâmites normais, eles arrumam um jeito, dão a volta por cima.

Aí vão lá no gestor. Prefeito, secretário, alguma coisa assim. E conseguem sair.

E saem. Então eu estou falando do que é básico, que é um carro para fazer o acesso, para deslocar os profissionais. Não se tem (Profissional de Saúde do NASF em entrevista).

Outro problema dizia respeito à grande precariedade na estrutura física da maior parte das UBS, muitas delas alocadas em casas comuns, apresentando salas com pouca ventilação e necessitando, claramente, de reformas para operarem de maneira razoável. Além disso, as equipes não contavam com transporte para realização das visitas domiciliares, sendo estas realizadas, a maior parte das vezes, a “pé” mesmo em lugares distante da unidade de saúde. Sobre a falta de estrutura de trabalho e apoio da gestão aponta-se:

Falta material básico, falta uma estrutura mínima para determinadas coisas, entendeu? Falta um apoio logístico para você fazer, por exemplo, coisa que a gente fazia que era mutirão que, às vezes, tem usuário que mora muito longe, então... e não é só um, é uma pequena comunidade. Então, toda essa coisa... falta uma frequência de apoio in loco (Profissional de saúde do NASF-AB em entrevista).

As UBS observadas não eram informatizadas, o registro das informações pelos profissionais de saúde era feito apenas em prontuários físicos. Assim, a produção das equipes ESF e NASF-AB eram encaminhadas em formulários de papel para um setor na secretaria de saúde no qual era inserida no sistema de informação E-SUS por um conjunto de digitadores. De acordo com uma profissional de saúde do NASF-AB, o registro da produção das equipes estava muito atrasado, o que gera o risco de que o município perdesse os repasses do MS. Além disso, os profissionais digitadores encontravam-se sobrecarregados com um excesso de demanda que os levava ao adoecimento e necessidade de afastamento. Essa situação mostrava-se emblemática do lugar de precariedade da Atenção Básica na gestão municipal, que, mesmo diante do risco de perder recursos e do adoecimento de seus trabalhadores, não mobilizava estratégias para resolução dos problemas.

Em diversas conversas durante o trabalho de observação participante, foi comentado que a AB ocupa um lugar de pouco investimento político no município e que a gestão direciona os investimentos e a atenção majoritariamente para seu hospital geral.

Muitas das UBS ficavam em lugares de extrema vulnerabilidade e o medo da violência era uma constante nas conversas com os profissionais de saúde, em especial os ACS. Os profissionais ressaltam o problema do crescimento da violência como um fator desfavorável ao trabalho do NASF-AB (devido ao fato de terem que se deslocar por diversas unidades), cogitam, ainda, que o crescimento da violência seja um dos fatores que contribuem para a ampliação da demanda referente a problemas de saúde mental.

A equipe de gestão da AB, também, é percebida como bastante frágil, contando com pouco investimento dentro da estrutura administrativa da secretaria de saúde e desfalcada de profissionais técnicos para operacionalizar o gerenciamento da AB. Uma profissional do NASF-AB relata que quando trabalhava na gestão, há alguns anos, havia uma equipe de gestão mais robusta que se dividia em pequenos grupos, composta por trabalhadores de diferentes categorias profissionais, para realizar apoio institucional para a saúde da família e os NASF-AB. Contudo, no atual momento, a ausência de técnicos de apoio na gestão tem levado aos profissionais do NASF-AB a operarem, também, como apoio institucional.

4.2.1 Oficinas NASF-AB e NASF-AB/ESF para discussão dos processos de trabalho

Durante o processo de pesquisa de campo, estavam sendo realizadas oficinas, por iniciativa dos profissionais das equipes NASF-AB, com o intuito de produzir uma reflexão sobre os processos de trabalho e sua articulação com as ESF. Tais oficinas tinham como objetivo, também, qualificar as informações a respeito do território apoiado pelas equipes, realizando um diagnóstico situacional das suas áreas de abrangências para subsidiar um possível processo de reestruturação das equipes NASF-AB. De acordo com o documento disponibilizado, as oficinas tinham como objetivos

realizar diagnóstico situacional de 100% dos territórios de abrangência das ESF; Sistematizar as ferramentas de trabalho para os encontros que já ocorrem entre Equipes NASF/ESF; Sintetizar as principais potencialidades e desafios apresentados pelas equipes [caso a gestão entenda que é necessário, repensar a organização e criação de fluxos, entre outros] (Documento disponibilizado pelos trabalhadores)

As oficinas eram coordenadas pela sanitarista da equipe NASF-AB, pela coordenadora do NASF-AB (no período inicial do processo) e pelas duas profissionais que ocupavam a função de articulação entre as equipes NASF-AB e a gestão de AB. O processo recebia o apoio técnico

institucional de uma equipe de apoiadores da Secretaria Estadual de Saúde SES-RJ que auxiliavam as profissionais na organização dos dados e preparação das reflexões para as oficinas.

Na entrevista com uma das profissionais do NASF-AB é possível perceber que o objetivo de realizar um diagnóstico situacional do território estava atrelado, por um lado, à pouca reflexão das equipes da AB à respeito de seu território de abrangência, mas, principalmente, à tensão existente na definição do número de equipes NASF-AB diante da precariedade de algumas equipes, que contavam com poucos profissionais e não se encontravam credenciadas pelo Ministério da Saúde (MS). Uma trabalhadora defende que é preciso uma definição do número de equipes NASF-AB: na medida em que não ocorre a reposição de profissionais, seria necessário definir um conjunto de equipes de ESF para realizar apoio com um mínimo de qualidade. Por essa razão, os trabalhadores compreenderam que um estudo sobre o território seria adequado para propor uma redefinição do processo de trabalho do NASF-AB, definindo quais são os territórios de maior vulnerabilidade, sobre os quais o NASF-AB deveria operar de maneira mais robusta.

Na fala inicial da oficina, que serviria para disparar uma discussão entre os participantes, a Sanitarista apresenta os principais argumentos de um artigo (TESSER, 2017) que questiona o peso que as normativas e documentos do MS sobre o NASF-AB atribuem às atividades de Educação Permanente, em detrimento das ações assistenciais, centradas nos núcleos profissionais. Porém, a relação entre atendimento especializado e matriciamento não dispara nenhuma discussão, algo surpreendente, já que a literatura aponta ser uma tensão comum (SAMPAIO et.al., 2012; KLEIN; OLIVEIRA, 2017; TESSER, 2017).

No momento do intervalo da oficina, uma psicóloga e uma enfermeira me falam a respeito de sua descrença com o trabalho do NASF-AB, afirmando a necessidade de atendimento especializado. Relatam o histórico do município de ter profissionais na atenção básica atendendo de maneira semelhante a um ambulatório nas UBS, o que elas acreditavam possibilitar um maior acesso aos usuários que não conseguiriam atendimento em outros serviços. Porém, segundo elas, isso vinha sendo tensionado pelos colegas que, em sua maioria, compreendiam o modelo de matriciamento como o mais adequado para o trabalho do NASF-AB, tornando a defesa da forma de cuidado voltado ao atendimento direto aos usuários uma posição “contra hegemônica” no município.

Durante essa primeira oficina, foi apresentada uma lista de fragilidades e potencialidades das equipes NASF-AB, sobre as quais os participantes trabalhariam visando a qualificação dos processos de trabalho. A todo momento, a dificuldade de governabilidade

sobre os processos de trabalho era levantada pelas profissionais que conduziam a oficina, lembrando aos demais que aquele seria o momento de pensar estratégias que não necessitassem de grandes recursos. Aquelas que demandassem maior investimento seriam ainda apresentadas para a gestão, que poderia, ou não, destinar os recursos necessários viabilizá-las.

Quadro 4 – Síntese das fragilidades e potências da autoavaliação dos NASF

SÍNTESE DAS FRAGILIDADES E POTÊNCIAS	
FRAGILIDADES	POTÊNCIAS
1- Indisponibilidade de informações completas dos territórios	1- atendimentos especializados compartilhados da SM junto às Equipes mínimas
2- Inexistência de apoio para práticas de acesso seguro aos territórios que apresentam situações diversas de violência	2- Grupos de todas as categorias
3- Inexistência de manutenção predial e de equipamentos preventiva e corretiva nas USF's	3- Papel de reguladores na rede de serviços realizados, principalmente, pelo serviço social e saúde mental
4- Equipes mínimas e de NASF incompletas	4- Articulação intersetorial e com a comunidade
5- Instabilidade da oferta de serviços de saúde de outros níveis de complexidade	5- Qualificação técnica e experiência dos profissionais do NASF
6- Desarticulação das ações NASF/ESF/Gestão	6- Promoção de espaços de diálogo entre as equipes

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em material disponibilizado pela equipe.

As fragilidades expressas nas oficinas vão ao encontro do que fora identificado na observação participante e nas inquietações relatadas pelos trabalhadores ao longo do trabalho de campo e encontram-se atreladas majoritariamente a problemas estruturais. A questão da “*Indisponibilidade de informações completas dos territórios*” articula-se com o que motivou a própria realização das oficinas. Essa fragilidade tem relação com a incompletude das equipes de NASF-AB, associada à baixa expectativa de que houvesse a contratação de novos profissionais e à necessidade de, a partir das informações sobre o território, definir de que forma o trabalho se construiria segundo as especificidades de área de abrangência. Propunha-se, portanto, a coleta de informações para avançar nesse processo, porém, até o final do trabalho de campo, essa reestruturação não ocorreu, tendo havido apenas uma reestruturação das equipes em virtude da pandemia do COVID-19 em 2020, diante da necessidade de restringir o fluxo

dos profissionais por diversas unidades, e diante do afastamento daqueles que integravam o grupo de risco que tornou a defasagem de profissionais ainda maior.

Outra fragilidade elencada expressava a precariedade da rede de saúde em prover acesso aos demais pontos da rede de cuidados. Os profissionais da AB percebiam seus impactos na dificuldade de possibilitar acesso aos usuários, identificando problemas quanto à falta de informações a respeito da rede de saúde e inexistência de mecanismos de gestão de encaminhamentos para especialidades.

A última fragilidade dizia respeito à própria colaboração entre as equipes NASF-AB e ESF, cujo detalhamento do problema descreve-se: *“Insuficiência de ferramentas pactuadas de gestão do processo de trabalho”*, apontando para uma fragilidade da gestão da AB em prover o suporte necessário para a colaboração entre as equipes. Bem como, indicam, também, a necessidade de pactuação coletiva e formalização das atribuições dos profissionais das diferentes áreas técnicas do NASF-AB.

O diagnóstico feito pelos trabalhadores a respeito de seus processos de trabalho vai ao encontro dos componentes da dimensão organizacional levantados por D’amour (2005; 2008) a respeito da colaboração interprofissional. A avaliação dos profissionais demarca a importância do aspecto da governança e formalização na colaboração interprofissional, apontando a necessidade de pactuação coletiva para definição de atribuições e regras de trabalho, inclusão dos diversos atores no processo de discussão (NASF-AB, ESF e gestão) e a necessidade de construção pactuadas de ferramentas para gestão dos processos de trabalho.

As potencialidades descritas afirmam a qualificação técnica e a experiência dos profissionais do NASF-AB, o seu vínculo de trabalho estável, o pioneirismo na ampliação de modalidades terapêuticas na AB, a promoção de espaços de educação permanente, o apoio ao uso consciente de psicofármacos, a existência de oferta de grupos nas diversas áreas de atuação do NASF-AB. Trata-se de potencialidades que convergem com o que foi observado ao longo do trabalho de campo e que será discutido no Capítulo 5 a partir da análise do imaginário social/organizacional.

Outras potencialidades elencadas foram menos observadas ao longo do trabalho de campo, como *“Papel de reguladores na rede de serviços realizados, principalmente, pelo serviço social e saúde mental”* e *“Articulação intersetorial e com a comunidade”*. Talvez essa percepção tenha se dado devido a não ser uma especificidade na equipe escolhida para aprofundamento do estudo.

A partir das potencialidades identificadas, os profissionais apontam, dentre outras ações, a construção de um projeto de cuidado para os trabalhadores de saúde; a realização de reuniões

periódicas entre as equipes NASF-AB e ESF; a criação de um fórum de experiências exitosas a partir da identificação de temas que possam ser compartilhados.

As ações propostas para cada componente foram avaliadas mediante a uma análise da hierarquização dos problemas, considerando o valor político, a governabilidade da equipe e a eficiência das ações propostas para agir sobre o problema. Isso levou ao abandono de ações que eram muito importantes para o grupo, pois consideravam a sua capacidade de diálogo e convencimento da gestão muito baixa naquele momento. Diante disso, o grupo optou por realizar uma troca de experiências entre os profissionais. A ideia inicial era de realização de um fórum, porém, em função da falta de recursos, optaram por uma troca de experiências entre os profissionais das diferentes áreas do NASF-AB, o que ocorreu nas reuniões subsequentes.

Ao longo das reuniões, diversos profissionais, tanto das equipes NASF-AB quanto ESF, criticam fortemente a gestão da Atenção Básica do município, especialmente o coordenador, que não permaneceu na oficina no momento de deliberação das ações discutidas na primeira reunião observada, e não esteve presente nas reuniões seguintes. Sobre a relação com a gestão nesse processo, uma profissional de saúde do NASF-AB diz:

(...) nós não temos, praticamente, reunião alguma com a nossa coordenação, **não temos diálogo**, não temos uma sistemática definida, como é nossa definida internamente, externamente, isso não está acontecendo. Entendeu? Então, assim, eu vejo que o nosso trabalho em si tem fundamento, tem um nível de organização. Nós estamos tentando fazer, mas é isso que eu estou querendo dizer para você, **muito isoladamente** (Profissional do NASF em entrevista individual, grifo nosso).

Ao longo do ano de 2019, foi diminuindo a frequência das reuniões, bem como o número de participantes. O discurso dos trabalhadores voltou-se cada vez mais a uma crítica ao pouco apoio da gestão nesse processo, com ênfase no modo como isso esvaziava o sentido das discussões, já que não havia a participação de quem teria poder de deliberação. As oficinas se encerraram no ano de 2020 devido à pandemia de Covid-19.

4.3 PROCESSOS DE TRABALHO E DE COLABORAÇÃO NA INTERAÇÃO ENTRE A EQUIPE NASF-AB E DUAS ESF ESCOLHIDAS PARA APROFUNDAMENTO

A equipe NASF-AB escolhida era composta por sete profissionais: um nutricionista, dois fisioterapeutas, um assistente social, um psicólogo, um terapeuta ocupacional e um fonoaudiólogo. A assistente social deixou de trabalhar nessa equipe um mês após o início das observações participantes e, portanto, houve menor interação com ela.

O psicólogo, a terapeuta ocupacional e a fonoaudióloga atuavam especificamente no cuidado em saúde mental, fazendo parte, assim, do que os profissionais caracterizavam como “NASF-AB Saúde Mental”. Os três profissionais possuíam longo tempo de atuação no apoio matricial no Programa de Saúde Mental na AB, atuando desde o período anterior à promulgação da portaria do NASF e, possuíam formação em Terapia Comunitária Integrativa -TCI. A fonoaudióloga era uma das profissionais que ocupavam o papel de articulação entre as equipes NASF e a gestão da AB.

Quanto a carga horária, os profissionais do NASF “geral” (fisioterapeutas, nutricionista e assistente social) cumpriam 40 horas semanais e a equipe do NASF “saúde mental”, cumpria 20 horas semanais. O psicólogo da equipe dividia sua carga horária entre seu trabalho no NASF e o trabalho em outro serviço de saúde no município e, por essa razão, atuava em um menor número de UBS.

Tanto ESF-A quanto a ESF-B, escolhidas para o aprofundamento do estudo, eram compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um cirurgião dentista, um auxiliar de saúde bucal e agentes comunitários de saúde. A ESF-A contava com sete (07) ACS e a ESF-B com onze (11), números estes que não coincidem com aqueles cadastrados no CNES, que informa 10 ACS na ESF-A e 15 na ESF-B. Havia, também, acadêmicos de medicina em ambas as unidades e de enfermagem na ESF-A. Houve pouca interação com os profissionais da equipe de saúde bucal das unidades nos processos de trabalho da equipe NASF-AB. Tais profissionais pareceram, também, bastante destacados da rotina das unidades em geral.

Tanto as ESF-A quanto a ESF-B ficavam localizadas em territórios de grande vulnerabilidade, atravessadas pela violência e com uma população bastante pauperizada. Apesar disso, tinham como característica a proximidade com um grande hospital municipal que realizava atendimentos de urgência e emergência, sendo buscados pelos usuários quando apresentavam alguma demanda espontânea. Nas duas unidades foi relatada a preocupação com o grande número de usuários em sua área de adstrição, em especial na ESF-A, na qual a enfermeira relatava ser responsável por uma população com, aproximadamente, 5500 pessoas. Tal como descrevemos em sessões anteriores, havia ainda problemas de recursos básicos (como carro para visitas domiciliares), estrutura física e ausência de informatização.

Quanto ao processo de trabalho da equipe NASF-AB, seus profissionais realizavam reuniões de matriciamento com a equipe de ESF, a qual chamavam de “Oficinas de Equipe” tratavam-se de encontros cujo objetivo era discutir o processo de trabalho entre as equipes ou casos específicos identificados pelas ESF.

As “reuniões de matriciamento” encontravam dificuldades em sua realização, pois o espaço físico era inapropriado para comportar as equipes durante as reuniões, na UBS-A eram realizadas em uma varanda, onde havia pouquíssima disponibilidade de cadeiras e barulho que atrapalhava a conversa entre os profissionais, e na UBS-B as reuniões eram feitas em uma sala que não comportava toda a equipe, ainda que se retirasse as mesas da sala. Além disso, as reuniões ocorriam ao final do expediente, quando os profissionais encerravam seus atendimentos e os ACS retornavam das visitas domiciliares, restando pouco tempo para algum nível de aprofundamento das discussões.

O diálogo informal entre os profissionais ocorreria, em geral, diante de alguma situação específica levantada por algum dos profissionais da ESF, acompanhada de uma solicitação de atendimento ao profissional matriciador para um caso identificado. Na ESF-B, a discussão dos casos ocorria, informalmente, com maior frequência com a médica que dialogava sobre alguns dos usuários que atendia, pedindo a opinião dos profissionais do NASF a respeito da condução dos casos. Porém, ainda assim, o acompanhamento longitudinal e a responsabilidade sobre o caso era visto como algo muito mais centrado na ESF do que no NASF-AB.

Na ESF-B, a atuação do NASF-AB era centrada fortemente na realização das práticas integrativas e complementares (Terapia Comunitária Integrativa - TCI e *Mindfulness*). Em diálogo com a médica e a enfermeira da ESF-B, elas reconhecem e valorizam a atuação do NASF-AB na realização de trabalhos coletivos, em especial, a Terapia Comunitária Integrativa que ocorria a cada 15 dias na unidade, conduzida pelos três profissionais de saúde mental da equipe. Além da TCI, o psicólogo do NASF-AB realizava de maneira contínua o grupo de *mindfulness* na mesma unidade e as fisioterapeutas fazem outras atividades integrativas e complementares, voltadas à promoção da saúde da população.

Os profissionais da saúde mental atuavam principalmente nas atividades em grupo na ESF-B, realizando atendimentos individuais esporádicos aos usuários. Durante a observação participante, em geral, estes destinaram-se a usuários que participavam dos grupos e que havia sido identificada a necessidade de escuta individual, ou àqueles solicitados pela médica da unidade. A impressão era de que não havia muita iniciativa, por parte dos ACS, de entrarem em contato direto com os matriciadores a respeito de um caso, sem que estes passassem antes pela médica e enfermeira da unidade.

A médica da ESF-B concentrava seus atendimentos em saúde mental no dia em que o NASF-AB estava na unidade, de forma que podia compartilhar diversos deles com os matriciadores, bem como convidar novos usuários a participar do grupo da Terapia Comunitária Integrativa-TCI. Diante da preocupação com a medicamentação dos problemas de saúde

mental dos usuários, os grupos coordenados pela equipe NASF-AB eram considerados como uma estratégia de cuidado alternativa que poderia ser feita junto ou, no lugar, da medicação.

Os grupos estavam estabelecidos como parte da rotina de trabalho da unidade e eram vistos pelos profissionais da equipe NASF-AB e ESF enquanto uma alternativa de cuidado aos pacientes com sofrimento mental, em especial, os que possuíam problemas considerados menos “graves”. Algo que pode ser exemplificado a partir do seguinte trecho da narrativa e da transcrição do grupo focal.

Diante disso, o caso da Sra. M.H. foi compartilhado com o NASF-AB Saúde Mental com a solicitação de que ela participasse do grupo de Terapia Comunitária Integrativa e Mindfulness. A usuária possui um bom vínculo com as equipes NASF-AB e ESF, fez uma boa adesão aos grupos oferecidos e após quatro meses tem obtido uma melhora considerável de seu quadro, apresentando uma diluição de sua tristeza e uma retomada de sua capacidade de realizar suas tarefas cotidianas.

De acordo com o grupo, em geral, são compartilhados com o NASF-AB casos mais simples que frequentam a Terapia Comunitária Integrativa e o grupo de Mindfulness . São pacientes que possuem transtorno mental leve/moderado como a Sra. M.H. eo Sr. E. e que fazem uma boa vinculação com a unidade (Narrativa Grupo Focal UBS-B).

Médica: Então, e... ela tem um... ela vem sempre. M.H. vem sempre. Tem bom vínculo. É vem [inint] [00:39:45.24] também então, a M.H. é um caso bem-sucedido. É um caso de uma pessoa solitária, idosa, que ficou viúva, é diabética, hipertensa. Tem neuropatia, tem dor. E que ficou bastante afetada pela morte do marido dela. E, que foi... já tem quase um ano o falecimento dele, do marido dela. Não é quase um ano?

Psicólogo: Fez um ano hoje, eu acho.

Médica: É? Caramba. E aí com essa vinda, quando ela começou a vir para terapia comunitária, para o Mindfulness , ela se sente bem acolhida aqui. Entendeu? Pela equipe, pela equipe NASF também. Então esse caso é um caso bem-sucedido (Transcrição Grupo Focal UBS-B).

Outro aspecto interessante acerca dos processos de colaboração entre NASF-AB e ESF diz respeito ao apoio, solicitado pela enfermeira da unidade, ao grupo de tabagismo, atividade coletiva compreendida como de atuação nuclear dos profissionais da ESF. Uma terapeuta ocupacional acompanhava a enfermeira nos encontros, pois esta sentia insegurança para realização do grupo.

De acordo com os relatos dos profissionais do NASF-AB, a ESF-B foi uma unidade piloto do Programa de Saúde Mental na Atenção Básica e era vista como um modelo na atuação do NASF-AB. A médica da unidade, também, era reconhecida como uma profissional “diferenciada”, no sentido de que possuía formação e grande experiência em medicina de família e comunidade com uma sensibilidade maior para as dimensões sociais e subjetivas do cuidado realizado na Atenção Básica.

Diversamente do que ocorria na UBS-B, na UBS-A a atuação do NASF-AB era majoritariamente realizada por meio de atendimentos individuais. Estes, em geral, eram realizados junto a algum ACS, não necessariamente aquele responsável pelo acompanhamento do usuário, mas alguém destinado a acompanhar a equipe do NASF-AB no dia. Além disso, não parecia haver clareza a respeito dos critérios para encaminhamentos a atendimentos da equipe de apoio. Em algumas situações, os usuários chegavam para atendimento de algum profissional da equipe do NASF-AB sem que este soubesse do que se tratava, o que denotava não ter havido uma conversa prévia entre as equipes.

Existiam conflitos entre os profissionais do NASF-AB e ESF-A no que diz respeito aos atendimentos individuais da equipe de apoio e sua capacidade de receber as demandas por ela levantadas. Conflito este que se mostrava intensificado pela falta de estrutura da UBS para comportar todos os profissionais simultaneamente. Ao mesmo tempo, os profissionais do NASF-AB queixam-se da baixa compreensão da ESF a respeito da metodologia de trabalho do apoio matricial, o que, de acordo com eles, dependeria de uma busca de conhecimento a ser protagonizada pelos trabalhadores da unidade.

Uma reunião de matriciamento observada na UBS-A expressa a organização do trabalho das equipes. Tratou-se de um encontro realizado por iniciativa dos profissionais do NASF-AB, que utilizaram a metodologia da Terapia Comunitária Integrativa (TCI), com o intuito de discutir as potencialidades e fragilidades do trabalho na unidade, ao mesmo tempo em que serviria para que a equipe conhecesse tal modalidade terapêutica. Ela ocorreu ao final do expediente, mas a enfermeira e a médica não conseguiram participar, pois ainda se encontravam em atendimento, enquanto os ACS tiveram uma participação inconstante precisando sair da reunião para atender alguma solicitação dentro da unidade. Os profissionais do NASF-AB atuaram na reunião como mediadores e não como parte do grupo, a relação do trabalho entre as duas equipes praticamente não foi abordada, o grupo/reunião teve como função possibilitar aos profissionais da ESF expressarem suas frustrações no trabalho e sua impotência diante da precariedade das condições para realização dele.

Com o intuito de manter o sentido de unidade da equipe NASF-AB e não reforçar a cisão entre NASF “geral” e NASF “saúde mental” presente no imaginário dos profissionais, a equipe de apoiadores havia optado que todos os seus membros estivessem nas mesmas UBS ao mesmo tempo. Porém, a presença simultânea de muitos profissionais, somada à precariedade da infraestrutura das unidades, gerava mal-estar entre os trabalhadores, em especial na UBS-A, que possuía instalações mais precárias e ausência de espaço suficiente para comportar todos.

Os trabalhadores da ESF dão a entender que a decisão dos profissionais do NASF-AB de atuarem todos ao mesmo tempo na unidade foi feita de maneira unilateral, portanto, sem ouvir a equipe de ESF que sentia seu espaço sendo reduzido. Em uma das ocasiões, a enfermeira da ESF-A chega a relatar que decidira “fechar” sua agenda de atendimentos no turno em que os profissionais do NASF-AB estavam presentes, por não haver salas disponíveis na unidade. Por outro lado, era possível notar grande dificuldade dessa equipe em se dispor a operacionalizar uma agenda conjunta com os profissionais de apoio. A enfermeira chega a relatar que procurava fazer atividades externas, para que não precisasse estar na unidade quando não poderia dispor de sua sala, em função da presença do NASF-AB.

Tanto os atendimentos individuais, quanto os grupos realizados pelo NASF eram realizados com a participação de algum profissional da equipe da ESF, em geral os ACS. Essa regra era colocada com bastante veemência pelos profissionais do NASF. Na UBS-B, por exemplo, havia uma agenda afixada no mural da sala dos ACS com uma escala daqueles que participariam das atividades do NASF-AB, divididos entre os que comporiam as atividades da reabilitação e da Saúde Mental (especificamente da TCI).

Como o compartilhamento dos atendimentos individuais também seguia essa divisão aleatória, em algumas conversas os ACS, muitas vezes, relatavam desconhecer ou saber apenas superficialmente a respeito do usuário que haviam acabado de atender junto do profissional do NASF-AB, pois não se tratava de casos de sua microárea de referência. Dessa forma, é possível compreender que a participação deles nos atendimentos compartilhados não estava relacionada ao seu vínculo com o usuário e conhecimento a respeito de sua necessidade de saúde, mas com a regra definida pelos profissionais do NASF-AB, regra que cumpriam como mais uma tarefa a ser realizada cotidianamente na unidade. Algo que será abordado novamente no próximo capítulo.

4.4 NARRATIVAS CONSTRUÍDAS A PARTIR DOS GRUPOS FOCAIS REALIZADOS COM AS EQUIPES NASF E ESF

Neste item do trabalho, apresentamos as narrativas construídas a partir dos dois ciclos de grupos focais realizados com os profissionais do NASF-AB e da ESF-A, bem como com profissionais do NASF-AB e da ESF-B. Conforme expresso na seção de “Método” da tese, esta estratégia metodológica teve como objetivo compreender a dinâmica da relação entre os profissionais, a partir da interação entre eles na discussão de dois casos acompanhados pelas equipes, selecionados previamente. Para clarificar a descrição de nosso processo de trabalho,

relembramos que ele compreendeu, então: (1) escrita de uma narrativa com base nas discussões da primeira rodada de cada grupo; (2) apresentação da narrativa na segunda rodada do grupo; (3) revisão da narrativa, com acréscimos e modificações desenvolvidos a partir da segunda rodada dos grupos (portanto, a versão apresentada consiste na narrativa resultante de duas rodadas de grupo).

4.4.1 Grupos focais NASF-AB/ESF-A

A organização dos grupos focais na UBS-A foi bastante complexa devido à precariedade do espaço utilizado para as reuniões na unidade e à dificuldade em conseguir compatibilizar a agenda dos profissionais. A equipe improvisava a parte dos fundos da unidade como local para realização dos grupos na atenção básica e reuniões de equipe, porém havia muito barulho no espaço (devido aos aparelhos utilizados pelo dentista) e um número muito pequeno de cadeiras disponível, necessitando retirá-las da recepção para que pudesse incluir todos os profissionais da equipe (composta por um número bastante grande de ACS).

A despeito deste desconforto, as equipes acolheram a proposta da pesquisa e escolheram os casos de maneira compartilhada, principalmente, em um diálogo entre a Enfermeira da ESF e a Terapeuta Ocupacional do NASF-AB.

Diante da solicitação do pesquisador para escolha de um caso de difícil manejo e um caso que considerassem bem-sucedido, as profissionais escolheram dois casos que estavam ocupando suas discussões informais naquele momento. Foi em função do grande esforço despendido pelos profissionais no cuidado ao usuário, ao longo de um longo tempo, e do fato de compreender já ter realizado tudo que fosse possível que a equipe considerou um caso escolhido como bem-sucedido. Já o caso considerado de difícil manejo, foi justificado a partir da dificuldade dos profissionais em conseguir adesão da usuária às intervenções propostas pelas equipes NASF-AB e ESF.

Ao longo da discussão da segunda rodada do grupo focal, o grupo reconsiderou a avaliação que fizeram a respeito dos casos, passando a reconhecer maior complexidade àquele considerado bem-sucedido e menor ao identificado como de difícil manejo.

4.4.2 Narrativa construída a partir dos grupos focais NASF-AB/ESF-A

Sra. E

(Caso inicialmente reconhecido como de difícil manejo)

Em seus contatos com a unidade de saúde da família, a Sra. E se apresentava muito ansiosa, queixando-se de palpitação, tremores e sensação de medo constante. Na primeira vez em que buscou a unidade, relatou que tinha a intenção de “*abrir mão*” de seus filhos por não estar conseguindo dar conta do cuidado deles. Queixava-se da falta de apoio dos pais de seus dois filhos, que, de acordo com ela, não a ajudavam no suporte financeiro e na criação deles. Sra. E considerava que só podia contar com o apoio de sua mãe. Afirmava continuamente se sentir sobrecarregada com as demandas do cotidiano e que, em razão de tal sobrecarga, não vinha conseguindo obter um trabalho.

No que diz respeito à atuação do NASF-AB no caso, o grupo reconhece que houve uma “*falha no sistema*”, pois a sr. E., em um primeiro momento, foi atendida diretamente pelos profissionais do apoio, sem passar pela equipe de referência. A equipe NASF-AB solicitou, em seguida, que a usuária agendasse uma consulta médica na unidade, mas diante do fato de a usuária ter protelado e relatado dificuldades para tomar tal atitude, foi solicitado um encaixe para atendimento médico.

O moderador pergunta a respeito do acesso da usuária ao atendimento do NASF-AB na unidade. Os profissionais relatam que ela chegou na recepção da unidade perguntando pela equipe de saúde mental, e a recepção a encaminhou diretamente para a equipe NASF-AB sem antes ter passado pela equipe da ESF. Parte do grupo (trabalhadores da equipe NASF-AB) atribuem esse fato a uma falha na multiplicação das informações obtidas nas oficinas em que são discutidos os processos de trabalho com os trabalhadores que atuam na recepção da unidade.

Na consulta médica, a sr. E. solicitou psicotrópico para diminuição de sua ansiedade, sendo medicada com fluoxetina, devido ao fato de estar amamentando. Poucos dias depois, a usuária queixou-se do medicamento e dos efeitos que sentiu após tomá-lo. Após parar de amamentar, iniciou o uso de Clonazepam, o qual também relatava que lhe fizera mal. Mas, após algum tempo de uso, no último atendimento, afirmou que conseguiu, por iniciativa própria, obter um uso que avalia mais adequado, tomando apenas metade do medicamento.

O grupo relata que para o cuidado à usuária, foi realizada uma intervenção conjunta com a médica da ESF, cujas perguntas foram ao encontro daquelas colocadas pelas profissionais do NASF-AB, levando a usuária a perceber que as orientações não eram uma concepção individual das profissionais do NASF-AB, mas “uma regra mesmo que ela precisava seguir para que ela conseguisse alcançar o que ela queria”. A usuária não gostou das orientações feitas pela equipe, sussurrando que não voltaria para a unidade, pois não havia conseguido o que tinha ido buscar.

O grupo compreende que a usuária busca no medicamento um modo de conseguir um bem-estar na sua vida cotidiana e de lidar com os fatores estressantes. Em outra ocasião, Sra.

E. solicitou uma medicação para provocar o desmame de seu filho, relatando dificuldades para realizá-lo devido ao comportamento da criança. De acordo com o grupo de profissionais, ela gostaria que o filho parasse de buscar a amamentação, porém desejava que isso ocorresse de maneira automática, após a utilização de algum medicamento. Mas, passado algum tempo, buscou a unidade para relatar que conseguiu o “desmame” da criança de maneira natural. De acordo com o grupo, a usuária realiza as coisas no “tempo dela”, contudo, trata-se de um tempo “muito longo” e enquanto esse tempo passa, ela sofre.

O grupo demonstra preocupação com o filho mais novo da Sra. E, relatando que o modo como a usuária o trata pode levá-lo a “crescer cheio de problemas”, em especial no período de sua adolescência. A criança tem demonstrado um comportamento inquieto e indisciplinado, sendo que a Sra. E. não tem se apresentado como figura de autoridade para ele. Para o grupo, há uma postura passiva diante do “mau” comportamento do menino e, ao mesmo tempo, falta de paciência para corrigi-lo, o que leva Sra. E. a reagir fisicamente, batendo na criança. Além disso, suspeitam de que há um atraso da criança no processo de aquisição da linguagem, embora não soubesse, ao certo, confirmar a idade da criança, que supunham ter em torno de 2 anos.

De acordo com o grupo, Sra. E é acompanhada pela pediatria em algum dos serviços especializados no município ou busca atendimento apenas nos serviços de urgência quando reconhece a necessidade. Por essa razão, não se sabia ao certo muitos detalhes do acompanhamento da criança. A equipe relata, também, a ausência de “temperança” da usuária, de acordo com eles “[...] ou ela fica apática e não faz nada, ou, então quando faz, parte para a violência[...]”.

Em alguns de seus atendimentos na unidade, a Sra. E. relata que seu quadro de ansiedade piorou e que não conseguiu cumprir as orientações negociadas com a equipe ao longo dos encontros. O grupo afirma que foi ofertado à sra. E. uma série de possibilidades de cuidado, porém ela “aderiu” apenas à prática da auriculoterapia, que tem frequentado constantemente na própria unidade de saúde da família. Na opinião dos profissionais, a participação na ariculoterapia foi possível porque se trata de uma atividade que não requer maior esforço. Parte do grupo valoriza esse comparecimento, afirmando que pelo menos a usuária tem buscado a unidade, o que denota uma vinculação com o serviço e com a equipe. De qualquer modo, os profissionais comentam que a usuária é muito “*queixosa*”, repete constantemente as mesmas lamentações a respeito de seus familiares e de sua dificuldade quanto a empregabilidade. Segundo os profissionais, o papel da unidade é de dar as ferramentas para que ela possa agir.

A atuação da equipe no caso tem se baseado na insistência, na realização de repetidos diálogos e orientações, que o grupo julga em alguns momentos não produzir o efeito esperado.

Sra. E. não tem acatado todas as orientações da equipe e relata que se sente sufocada pelas demandas cotidianas, que sente que possui “muita coisa em sua cabeça”.

O grupo conclui que talvez a usuária necessite de uma intervenção mais intensiva, devendo ser encaminhada para acompanhamento ambulatorial psicológico. Reconhece que tal encaminhamento deve ser realizado de maneira responsável, mantendo o vínculo da usuária com a unidade de saúde da família. Além disso, propõe a construção do ecomapa³ junto dela para melhor compreensão do caso.

Na segunda rodada do grupo focal, os participantes reconhecem como ponto positivo a informação de que recentemente a usuária tem buscado outras redes de apoio fora da unidade, está frequentando uma Igreja e tem participado de atividades desenvolvidas pela comunidade religiosa. Comentam que a discussão do caso no grupo focal os levou a ressignificar a atividade de cuidado à Sra. E., valorizando a atuação das equipes que até então não era reconhecida por haver um foco na “adesão” da usuária às orientações produzidas. Além disso, informam que a discussão levou a perceber que a “adesão” às orientações ocorrera “no tempo” da usuária, e que mesmo os momentos em que ela comparecia para dizer que não havia seguido as recomendações poderiam ser vistos como parte do cuidado e resultado do vínculo estabelecido.

Sr. V

(Caso inicialmente reconhecido como bem-sucedido)

O grupo entrou em contato com Sr.V há bastante tempo, e desde o começo do acompanhamento, a equipe NASF-AB já se encontrava no apoio ao caso. Ao longo do tempo, diversos profissionais, tanto da equipe de Saúde da Família quanto do NASF-AB, participaram do cuidado ao usuário. Além disso, diversos serviços/instituições atuaram/atuem, a saber: Ministério Público, Judiciário, CAPS-AD, CAPS, Consultório na rua, ESF, NASF-AB.

A demanda de cuidados Sr. V. veio, primeiramente, por sua mãe e, em período posterior, pelo Ministério Público e pela gestão municipal. O grupo recorda que a mãe do usuário buscou a unidade devido às dificuldades de lidar com o uso problemático que o filho fazia de álcool e outras drogas e seu comportamento de risco. Havia, também, vulnerabilidades e riscos sociais referentes ao seu local de moradia, bem como uso de álcool e outras drogas por outros membros

³ O ecomapa é instrumento de avaliação familiar, que figura no Cadernos de Atenção Básica nº39 que apresenta as diretrizes de atuação do NASF. Tal instrumento busca retratar graficamente a constituição e dinâmicas relacionais de um grupo social (com foco na família) e pode ser utilizado no mapeamento de redes, apoios sociais e ligações da família com a comunidade, tanto para fins diagnósticos, quanto para o planejamento de ações em saúde (BRASIL, 2014)

da família. Além disso, Sr. V apresentava um quadro de Hepatite B. Diante de tudo isso, a primeira estratégia adotada pela equipe foi uma aproximação do usuário para o tratamento da Hepatite B. Esperava-se, assim, construir vínculo para, então, intervir sobre a questão do uso de drogas.

Um dos profissionais relata que, de acordo com o discurso da mãe, o problema do Sr. V. se iniciou quando ele perdeu os dentes em decorrência de um acidente. Desde então, sua autoestima foi se perdendo e o uso da droga (que se existia até então, não era tão problemático) foi se tornando um problema (ou um problema maior). Essa fala foi minimizada pelo grupo: alguns participantes afirmavam que V. já fazia uso de drogas antes disso, e outros compreendem a perda dos dentes como um fator mínimo em meio a um problema já instalado (“uma gota de água numa bacia cheia”).

O moderador questiona a respeito da centralidade do problema do Sr. V. em torno do uso de drogas, perguntando se existiriam outras questões, para além da dependência química, que poderiam provocar ou intensificar o seu problema.

Os profissionais respondem que o acidente e o problema de saúde (hepatite) podem ter amplificado o quadro do Sr. V., porém não foram “o gatilho”. Levantam a hipótese de uma desestabilidade/deseestrutura familiar compor a origem dos problemas do usuário e recordam-se de que ele é acompanhado pelo CAPS (geral), o que os leva a supor que possui algum transtorno mental, o qual pode ter piorado com o uso de drogas ou ter sido causado por este.

Sr. V. “possui prontuário” nos dois CAPS (geral e AD) do município, mas nunca foi acompanhado efetivamente por esses serviços. Os profissionais da ESF relatam que logo quando tiveram contato com o usuário, realizaram visita institucional ao CAPS-AD, com o intuito de discutir o caso. No entanto, os profissionais do serviço não sabiam informar a respeito e não se responsabilizaram pelo caso, alegando que não possuíam transporte para acessar o usuário que, também, não comparecia no serviço. No prontuário constava poucas informações a respeito do Sr. V, sobre seu diagnóstico apenas a expressão “transtorno psicótico” interrogada e a informação de que fora encaminhado para o CAPS (geral).

Nas intervenções que se seguiram com a mãe do Sr. V., esta demandava internação para o filho alegando dificuldades em lidar com os problemas decorrentes do uso de drogas e responsabilizando a ESF nas demandas de cuidados a ele.

O grupo comenta que as necessidades de cuidado de V. eram expressas, em geral, pela mãe. Sempre houve um silêncio por parte de V! Silêncio sobre o qual os profissionais levantam algumas hipóteses: a mãe domina o espaço discursivo nos momentos de contato de V. com os serviços; não há interesse de V. em se expressar devido a sua postura apática; ou ainda, o usuário

possui algum problema não diagnosticado que afeta sua capacidade de expressar suas necessidades de saúde. A respeito da possibilidade de diagnóstico, relatam que o usuário fala muito pouco, algo que dificultaria a avaliação de seu quadro para além dos problemas referentes ao uso de álcool e outras drogas.

No período entre 2012 e 2015, foram realizadas tentativas de que o paciente “aderisse” ao tratamento e realizados encaminhamentos para o atendimento ambulatorial de psiquiatria e para atendimentos em outros dispositivos como o CAPS-AD. Naquele momento, estava sendo discutida a possibilidade de internação do usuário. A atuação das equipes ESF/NASF-AB e dos outros serviços da rede se intensificou quando o Ministério Público (MP) acionou o CAPS AD que, por sua vez, acionou a equipe de apoio matricial em saúde mental (NASF-AB) e a equipe de Saúde da Família. Houve, também, intervenção de profissionais da Saúde Mental do NASF-AB que não estão mais na equipe, como psiquiatra, psicólogo e assistente social.

Após uma crise em 2015, o Sr. V. se tornou “andarilho”. Por causa disso, o consultório de rua foi acionado e iniciou, a partir de então, o tratamento com Haldol Decanoato. Em 2016, houve um afastamento do consultório de rua⁴, pois o Sr.V. havia retornado para casa. O grupo relata que, neste momento, a família passa a transferir a responsabilidade integral do tratamento para a unidade de saúde da família que passou a fazer o papel da rede: “rede por meios próprios”. Com isso, afirma-se que os cuidados ao paciente com problema grave de saúde mental e dificuldade de adesão ao tratamento ficaram a cargo quase exclusivamente da ESF: “Ficou só com a ESF e tchau”, os outros serviços voltaram a “se mexer” apenas após o recebimento de um documento do Ministério Público pela Secretaria Municipal de Saúde.

Segundo o grupo, o usuário nunca se mostrou agressivo, porém a equipe temia sofrer algum tipo de assédio, pois ele costumava falar a respeito de relacionamentos amorosos (namoro e casamento) nos momentos em que era visitado. Além disso, havia preocupação com a área de residência do Sr. V., pois os profissionais desconfiavam tratar-se de um espaço de uso/tráfego de drogas, além de ter acontecido um crime violento no local, muito relatado pela população do território.

Foi solicitado pela equipe do consultório de rua que a ESF administrasse a medicação ao usuário, porém ao longo do tempo isso foi se mantendo e se tornando uma demanda mais complexa do que o que a equipe ESF podia administrar. Ao ouvir o grupo, a impressão era de

⁴ Na ocasião o município contava com consultório “de” rua e não “na” rua, como preconizado pela PNAB. Diferente das equipes de consultório na rua vinculadas ao Departamento da Atenção Básica, Ministério da Saúde, as equipes de consultório de rua eram vinculada a Coordenação de Saúde Mental e tinham por foco o tratamento à problemas associados ao uso de álcool e outras drogas a partir da abordagem da redução de danos. (SILVA, FRAZÃO E LINHARES, 2014)

que mesmo diante da insatisfação dos profissionais, a gestão não interveio no processo para intermediar a relação entre as equipes, restando aos trabalhadores ESF/NASF-AB criarem estratégias para minimizar o mal-estar causado, pactuando com a mãe que a medicação fosse realizada na casa dela e em seguida na própria unidade.

O grupo ressalta que o usuário não possuía dificuldades de deambular que justificassem a realização da medicação em domicílio. Nesse sentido, questiona a necessidade de intervenção domiciliar por longo tempo, uma vez que já haviam cessado as razões que justificaram as primeiras incursões para a casa do Sr.V. Ainda assim, não se conseguiu estabelecer um diálogo com a gestão para reavaliar a necessidade e modo de realização de tal tarefa. Todo esse processo gerou sofrimento psíquico na equipe ESF, em especial em um de seus membros que ficou mais diretamente responsável por este trabalho. O grupo se questiona: *“até onde vai a nossa responsabilidade no caso?”*.

Em 2017, Sr.V. sofreu uma agressão e ficou internado por algum tempo em um Pronto Socorro Municipal, que atende a urgências psiquiátricas, porém evadiu da unidade. Neste período, o grupo soube que ele vinha sofrendo ameaças de morte no bairro e as discussões a respeito de sua internação continuavam ocorrendo entre os profissionais da rede. Primeiramente, foi realizada uma tentativa de que ele aceitasse a internação por intermédio da intervenção da equipe do consultório na rua, porém V. se recusou a ir. Em janeiro de 2018, a mãe do Sr. V. compareceu na unidade para informar que ele havia sido internado de maneira compulsória. De acordo com o grupo, tal internação foi solicitada pela mãe ao judiciário.

Sr. V. ficou internado por mais de um ano. Ao longo deste tempo, sua mãe pouco compareceu à unidade básica de saúde, não tendo sido mantido um acompanhamento sistemático à família. O grupo acredita que a internação do usuário causou grande alívio à sua mãe, que pôde ter um período de maior tranquilidade em sua vida e, por isso, pouco procurou a unidade.

No ano de 2019, Sr. V. recebeu alta do local em que se encontrava internado e foi determinada (pelo Poder Judiciário ou Ministério Público) a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), contendo as intervenções que os serviços da rede de cuidados deveriam realizar a partir do retorno do usuário ao município. No que diz respeito à articulação em rede, o PTS do Sr. V. incluiu além do NASF-AB e da ESF, o programa de combate ao tabagismo, Centro de Especialidades Odontológicas, o Espaço da Convivência, Ambulatório Jorge Caldas, a equipe de desinstitucionalização, o CAPS e o CAPS-AD, sendo estes dois últimos considerados pelo grupo como os “mais importantes”, pois as equipes ESF/NASF-AB seriam apenas “coadjuvantes”.

Quanto à rede intersetorial, apenas a Secretaria de Educação foi incluída no PTS de V., para a viabilização de sua escolarização. Não houve a inclusão de serviços da política de assistência social como CRAS e CREAS no PTS. Não se sabe se V. possui ou poderia pleitear algum tipo de benefício social devido à sua condição de saúde.

Foi criado um grupo de *WhatsApp* sobre o caso e a equipe considera que os serviços previstos no PTS estão sendo ofertados. Porém, ainda assim, parte do grupo avalia que a rede teve uma atuação fragmentada a respeito do caso, o que, no passado, pode ter contribuído para a internação do usuário. Os profissionais ressaltam, ainda, que tal fragmentação não se restringe ao caso analisado, nem aos cuidados em saúde mental, o que exemplificam afirmando o desconhecimento geral dos profissionais da atenção básica a respeito dos atendimentos especializados e exames oferecidos e das formas de acesso no principal centro de especialidades do município.

Um dos integrantes do grupo questiona a ausência de metas e da definição de responsabilidades nas ações descritas no PTS de V. feito pelos serviços da rede. Mas, outros integrantes consideram que tais definições deveriam ser realizadas por cada serviço responsável. O grupo ressalta, também, a necessidade de participação da família na construção do projeto terapêutico do usuário, para que, inclusive, esta possa compreender com mais clareza sua responsabilidade no cuidado ao usuário.

Durante o segundo encontro de grupo focal, uma profissional de saúde lê um diálogo, expresso no grupo de *WhatsApp*, a respeito do Sr.V:

Boa tarde, consegui falar com a mãe e ela relatou que ele não quer vir ao CAPS e ela também não virá no grupo da família porque não adianta nada para ela, isso foram palavras dela, perguntei se teria um horário para tentar falar com ela, mas ela não deu importância. Enfim, estamos fazendo nossa parte. Alguma sugestão da estratégia?". A mesma profissional lê sua resposta no grupo: "ele não quer vir a unidade, apenas quando tem demandas clínicas ou sente-se mal". A conversa se encerra com a seguinte definição: "OK. Informei a gerência sobre os últimos acontecimentos e faremos um relatório sobre a ausência da família nos dispositivos, assim que estiver pronto vamos todas assinar e encaminhar para as instâncias superiores.

Conforme já comentamos, no primeiro encontro de grupo focal, os profissionais afirmam considerar o caso bem-sucedido no que diz respeito às possibilidades de ação da ESF e do NASF-AB, pois ir além do que foi feito, neste âmbito de cuidados, dependeria da autonomia do usuário. Contudo, após a leitura da narrativa, o grupo contesta a classificação do caso como bem-sucedido considerando que, ainda que tenha sido “bem-sucedido” do ponto de vista das ações que as equipes NASF-AB/ESF tomaram, num olhar ampliado sobre o cuidado,

seriam necessárias ações que viabilizassem uma integração dos diferentes serviços e de modo a viabilizar o cuidado para além do que seria de atribuição direta da atenção básica.

O grupo compreende a apatia de V. como o principal fator que dificulta ou inviabiliza novas estratégias como, por exemplo, ações que partam da lógica da redução de danos. Além disso, ressalta que existem fatores externos, que impactam em seu estado de saúde, tais como: a instalação de uma boate ao lado da casa de V., e a convivência com sua irmã e com padrasto, também usuários de drogas. Enfatizam, ainda, que a descontinuidade do cuidado nos outros pontos de cuidado da rede impacta no trabalho que é realizado na Atenção Básica (AB). Um dos integrantes afirma que quando V. não acessa os cuidados em outros serviços, ou quando estes não são resolutivos, Sr. V. retorna à unidade básica apresentando os mesmos problemas.

4.4.3 Grupos Focais NASF-AB/ESF-B

A UBS-B possuía um espaço mais adequado para atividades grupais e mostrava trabalho mais integrado com o NASF-AB. Contudo, a organização dos grupos focais foi ainda mais complexa do que na UBS-A.

A equipe de Saúde Mental do NASF-AB trabalhava na UBS-B apenas a cada 15 dias, com exceção do psicólogo que possuía frequência semanal, realizando um grupo de *mindfulness* na semana em que o restante da equipe NASF-AB não se encontrava na unidade. Assim, a realização dos grupos focais dependia da frequência quinzenal dos profissionais, tendo encontrado também como obstáculo a coincidência com o período de férias de alguns dos profissionais ou ausências motivadas por diversas razões. Ademais, o dia em que a equipe NASF-AB atuava na unidade, às terças-feiras, era também o dia de folga da enfermeira o que, portanto, impossibilitava sua participação nos grupos focais.

Outra especificidade na dinâmica dos grupos foi o fato da seleção dos casos ter sido feita essencialmente pela equipe da ESF, com pouca participação do NASF-AB, apesar da solicitação de que ambas as equipes participassem da escolha.

No dia em que foi realizado o primeiro grupo focal, duas profissionais das equipes de saúde mental do NASF-AB não participaram da atividade, devido ao atendimento de uma situação de urgência solicitada pela gestão da AB. Tal imprevisto, que inicialmente geraria apenas um atraso, levou ao não comparecimento das profissionais, restando apenas o psicólogo da equipe. Na segunda rodada, dois profissionais da equipe de saúde mental do NASF-AB participaram do grupo, o que tomou uma dinâmica diferente, foram relatados alguns casos

considerados bem-sucedidos que participavam da TCI desenvolvida pela equipe do núcleo, além daqueles selecionados pela equipe da ESF.

Durante a primeira rodada do grupo focal, notei um retraimento entre os profissionais ao falar a respeito da rede de cuidados em saúde mental e de questões referentes ao acesso dos usuários acompanhados pela unidade. Após a realização do grupo a médica da equipe relatou que os usuários encontravam problemas no CAPS, mas que a ACS não se sentiu à vontade de falar a esse respeito.

4.4.4 Narrativas construídas a partir dos grupos focais NASF-AB/ESF-B

Casos considerados bem-sucedidos

Sr. P

Sr. P possui 43 anos de idade e vem sendo acompanhado pela Unidade Básica de Saúde há bastante tempo. O usuário fazia uso problemático de álcool e outras drogas e, de acordo com seu prontuário, havia sido diagnosticado com esquizofrenia por uma psiquiatra que atuava na equipe de saúde mental do NASF-AB há algum tempo. Sr. P. foi internado algumas vezes devido a seu comportamento agressivo, tendo sido sua última internação em uma comunidade terapêutica no município vizinho há alguns anos.

No passado, o usuário apresentava um comportamento agressivo com os outros e consigo, chegando a ferir-se. O grupo cita que ele possuía inúmeras marcas pelo corpo devido a queimaduras de cigarro que infligia a si próprio. Supunha que ele mostrava as marcas produzidas com o intuito de pedir ajuda e demandar cuidados.

Nos contatos com a equipe, Sr. P relatava que tinha comportamento agressivo em virtude de sentir-se enganado, quando as pessoas “se aproveitavam dele” e que hoje, diante de situações que lhe causam dor, canaliza sua raiva para si. Diz que o que tem vontade de fazer com a pessoa que o magoa ou ofende, faz com ele mesmo.

O grupo relata uma ocasião em que Sr. P procurou a unidade muito abalado em virtude de um conflito com um de seus familiares. Na ocasião portava uma barra de ferro, insinuando que iria agredir alguém, mas após a ida à unidade, acalmou-se e disse que iria se desfazer do material. Ele sempre busca a unidade, onde consegue conversar e se acalmar em todas as intervenções da equipe, é orientado a estar buscando a unidade com frequência independentemente de estar ou não se sentindo mal. Busca essa que parece ter sido iniciada há alguns anos, pois o prontuário mostra que Sr. P. foi atendido pela equipe de saúde mental do NASF-AB há algum tempo, tendo recebido uma visita domiciliar de uma Terapeuta

Ocupacional e o atendimento de três psiquiatras, que não estão mais na equipe. Um destes atribuiu-lhe o diagnóstico de esquizofrenia. Segundo o grupo, Sr. P. não frequenta o CAPS, já buscou atendimento nesse serviço, mas não aderiu ao tratamento. Frequentava os atendimentos psiquiátricos na unidade básica, cujo NASF-AB, até algum tempo atrás, contava com essa categoria profissional.

Ao comentar tais atendimentos, o grupo dialoga a respeito da possibilidade de retornar a fazer reuniões entre as equipes e um psiquiatra, para discussão de casos. Compreendem que ainda que não seja possível, na atual conjuntura, conseguir um psiquiatra para fazer o trabalho de matriciamento, tal como existia anteriormente nas equipes NASF-AB, poderiam propor à gestão o contrato de um psiquiatra para um apoio geral às UBS do município.

A equipe reconhece na história de vida do Sr. P. uma marca de rejeição familiar, pois havia sido abandonado pelos pais e criado por seus avós. Ele sempre abordava o abandono da mãe e maus tratos que sofrera na infância e adolescência enquanto fatores que lhe desencadeavam sofrimento psíquico. Uma de suas últimas crises ocorrera após a notícia de falecimento de seu pai.

O usuário possivelmente possui um déficit cognitivo e estudou apenas até o terceiro ano do ensino fundamental. Faz uso de haldol desde os 27 anos de idade até os dias de hoje. O grupo aponta que a escuta ao paciente exige esforço na medida em que é muito difícil compreendê-lo, em função de um problema de dicção que possui, levando a necessidade de solicitar que ele repita diversas vezes o que diz.

Atualmente, as equipes consideram que Sr. P. é uma “outra pessoa”, frequenta uma igreja evangélica e possui uma rede de apoio social. Embora tenha tido diversas recaídas sendo a última delas no último ano, retomando o uso de álcool e chegando a dormir na rua, não apresentou o comportamento agressivo. Frente a esse quadro, o grupo pondera que não espera a cura do paciente e, por isso, o trabalho com ele é de um contínuo acolhimento.

Sr. P. trabalha vendendo galões de água e botijões de gás, além de transportar uma caixa de som reproduzindo propagandas sonoras com sua bicicleta. Ainda que o uso que faz do medicamento psicotrópico dificulte que ele consiga acordar muito cedo para trabalhar, tem conseguido uma organização flexível em seu trabalho, podendo adaptar os seus horários.

O grupo compreende que o fator principal para melhoria do estado de saúde do paciente foi o vínculo estabelecido com uma ACS da equipe. A profissional tem ofertado uma escuta atenta, aberta e sem julgamentos ao Sr. P. Com isso, conseguiu estabelecer uma relação de confiança através da qual ele tem seguido as orientações dadas pela equipe e mantido o uso da

medicação conforme prescrito. A ACS, apesar de não ser responsável pela microárea do Sr. P., mantém o acompanhamento do usuário devido ao vínculo estabelecido.

Sr. E

O **Sr. E.** apresenta algum problema de saúde mental (leve ou moderado) que dificultou sua escolarização e inclusão no mercado de trabalho. Faz uso de Clonazepam, sendo o seu tratamento realizado apenas na UBS, onde participa do grupo da Terapia Comunitária Integrativa. Em seus contatos com a unidade, Sr. E. relata que no passado possuía um comportamento agressivo, mas que este cessou.

O grupo considera que **Sr. E.** tem autonomia nas atividades de sua vida diária: prepara sua própria comida, comparece nos atendimentos, pega a receita para sua mãe e frequenta os grupos oferecidos na unidade. O caso do Sr. E. explicita a necessidade de dispositivos institucionais no território para que as pessoas tenham como frequentar ambientes sociais saudáveis, para além dos espaços de escuta e a cuidado oferecido pela unidade.

Sra. M.H.

Sra M.H. é uma senhora idosa, acompanhada a bastante tempo pela ESF devido a seu quadro de diabetes e hipertensão, além de uma neuropatia e queixas frequentes de dor. A paciente perdeu seu marido há um ano, porém, após algum tempo de prolongamento de seu estado de tristeza, se percebeu uma dificuldade na elaboração de seu luto. Sra. M.H. relatava estado de prostração, pouca disposição para cuidar de si e organizar sua casa.

Diante disso, o caso da **Sra. M.H.** foi compartilhado com o NASF-AB com a solicitação de que ela participasse dos grupos de Terapia Comunitária Integrativa e *Mindfulness*. A usuária possui um bom vínculo com as equipes NASF-AB e ESF, fez uma boa “adesão” aos grupos oferecidos e após, quatro meses de participação, tem obtido uma melhora considerável de seu quadro, apresentando uma diluição de sua tristeza e uma retomada de sua capacidade de realizar tarefas cotidianas.

De acordo com o grupo, em geral, são compartilhados com o NASF-AB casos mais simples que frequentam a Terapia Comunitária Integrativa e o grupo de *Mindfulness*. São pacientes que possuem transtorno mental leve/moderado como a **Sra. M.H.** e o **Sr. E.** e que fazem uma boa vinculação com a unidade.

Caso de difícil manejo

Sr. C.A.

O contato recente do grupo com o caso do Sr. C.A. se deu com o pedido de internação do usuário por parte de seus familiares. Seu pai buscou a unidade recentemente solicitando um laudo médico e relatando que o filho tem apresentado um comportamento ainda mais agressivo e agitado, tendo chegado a agredir sua mãe. Diante da demanda pelo laudo, foi feito um relatório a respeito dos atendimentos que o usuário vem recebendo em seu acompanhamento na unidade.

Um dos membros do grupo, uma Agente Comunitária de Saúde, é familiar do Sr. C.A. e relata que ele já quebrou 3 televisores. Comenta, também, que quando perguntado a respeito de seu comportamento agressivo, responde que em alguns momentos sente um “nervoso”, uma “raiva por dentro” que o leva a agir de tal maneira.

Sr. C.A. possui 28 anos de idade, reside com o pai e a irmã, mas faz suas refeições na casa de sua mãe. O grupo relata que, nas visitas domiciliares, o usuário não se mostra agressivo e interage muito pouco. Há suspeita de que tenha algum déficit cognitivo (possível retardo mental), pois nunca conseguiu se desenvolver na escola, a ponto de “*não saber assinar o próprio nome*”. Apesar de sua possível dificuldade cognitiva, circula pela cidade, vai à praia, frequenta a igreja católica e tem costume de comprar objetos que se referem à sua prática religiosa.

A mãe do Sr. C.A. é atendida pela unidade, porém é reconhecida como uma paciente “difícil”, que não aceita aos tratamentos oferecidos. Queixa-se de dor, mas não aceita os conselhos e prescrições da equipe, para a qual não costuma relatar questões referentes ao filho. Administra a medicação do usuário por conta própria, deixando de dar parte dos medicamentos prescritos ou utilizando medicamentos a mais do que o indicado na prescrição médica.

O grupo identifica no prontuário do usuário, relatos de que seu problema de saúde mental se intensificou após o falecimento de seu avô e de um primo a quem era muito ligado. Sr. C.A. faz uso de Haldol desde 2008 prescrito por um psiquiatra que atuava na equipe NASF-AB na época, inicialmente por via oral e, desde 2012, por via intramuscular, sendo administrado pela enfermeira da ESF na residência do usuário a cada 15 dias. Anteriormente, a medicação era feita mensalmente, o que mudou com a alteração de comportamento do usuário.

A partir das evoluções no prontuário, os profissionais identificam algumas intervenções da equipe de saúde mental do NASF-AB de 2006 até 2014. Há evoluções da psiquiatra, sinalizando uma hipótese diagnóstica de esquizofrenia, além de relatos de que o usuário

frequentou o CAPS em 2007, porém seu pai começou a trabalhar embarcado, o que interrompeu suas idas, por não haver outra pessoa que o levasse.

Recentemente, Sr. C.A. foi atendido em um Pronto Socorro Municipal e mantido internado por um tempo no próprio serviço, porém evadiu dessa internação e retornou para casa. Foi agendado atendimento psiquiátrico no ambulatório que funciona junto a esse pronto socorro, pois o médico que o atendera inicialmente o havia prometido internação em hospital psiquiátrico. Contudo quando os pais do usuário compareceram com a documentação, esse médico não estava. O pai do usuário relatou que não foi bem acolhido e havia uma grande fila para atendimento, por essa razão não conseguiu aguardar e não agendou nova consulta.

O grupo produz uma autocrítica a respeito do acompanhamento do usuário, considerando que não estava sendo feito a contento. Isso ocorreu, pois, até então, o Sr. C.A. não apresentava problemas que chamavam a atenção da equipe, o que mudou quando passou a apresentar um comportamento agressivo que levou os familiares a buscarem a unidade com uma demanda de internação. Apesar da medicação injetável do Sr. C.A. ser administrada a cada quinze dias, em domicílio, os profissionais assumem não possuir um bom vínculo com o usuário nem com seus familiares, afirmando que o pai do usuário buscou a unidade apenas quando apresentou a demanda de um laudo para internação do filho. Concluem que o tratamento do Sr. C.A. se resumiu à repetição de receitas por anos. Isso ocorreu, de acordo com a avaliação do grupo, porque a família não aprendeu a lidar com o problema de saúde mental grave do usuário, o que impactou no tratamento oferecido pela unidade. Um integrante afirma: *“Para eles, nós somos meros aplicadores de haldol”*.

Diante dos comentários sobre o acompanhamento do sr. C.A., o grupo ressalta a necessidade de se aproximar dos familiares do usuário, devido à dificuldade de comunicação com ele. Também vê a necessidade de realização de uma nova VD compartilhada com a equipe de saúde mental do NASF-AB para conversar com a mãe do usuário. Para obter mais informações sobre o caso, podendo intervir melhor, outra estratégia pensada foi realizar contato com o médico psiquiatra, depois que este atender o sr. C.A.

5 ANÁLISE DA COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL A PARTIR DO NASF-AB: IMAGINÁRIO SOCIAL E COOPERAÇÃO ENTRE OS TRABALHADORES

5.1 EIXO – COLABORAÇÃO E O IMAGINÁRIO SOCIAL – A HISTÓRIA E A MEMÓRIA COMO POTÊNCIA E O PRESENTE COMO PRECARIIDADE, OS LIMITES E POSSIBILIDADES PARA O ESTABELECIMENTO DE PROJETOS COMUNS.

Consideramos que a utilização do conceito de imaginário nos ajuda a compreender os aspectos intersubjetivos e grupais referentes aos processos de colaboração identificados no campo da pesquisa, tanto do ponto de vista da colaboração na relação entre os apoiadores e as equipes de referência (NASF-AB e ESF), quanto na colaboração na rede de cuidados entre os serviços que compõem a RAPS no município. O conceito de imaginário nos ajuda a compreender os elementos que ultrapassam a dimensão material e racional na colaboração (ainda que não deixem de estar atrelados a esses elementos) e que configuram, em alguma medida, os diferentes modos de produção do cuidado e, conseqüentemente, de colaboração entre os trabalhadores.

O conceito de imaginário aqui expresso refere-se à noção apresentada principalmente por dois autores (Eugene Enriquez e Cornelius Castoriadis) cujas formulações, embora apresentem algumas diferenças conceituais, serão conectadas na medida em que nos ajudem a compreender a realidade observada. Castoriadis aborda o imaginário na perspectiva de apresentar uma explicação para o movimento de transformação da sociedade e da história para além de seu aspecto funcional. Já Enriquez utiliza o conceito de imaginário no contexto das organizações, buscando compreender o modo como os sujeitos se vinculam a projetos comuns.

A ideia de imaginário social instituído por Castoriadis busca reconhecer o fato de que não é possível construir uma explicação sobre o nascimento da sociedade e as evoluções da história através apenas de fatores naturais, biológicos ou através de uma atividade racional dos seres humanos. Tais fatores podem constituir condições necessárias, porém insuficientes para dar conta da transformação radical na sociedade (CASTORIADIS, 2004). Para o autor, uma sociedade inventa e define formas de responder a suas necessidades funcionais, mas, também, inventa e define as próprias necessidades que possui (CASTORIADIS, 1982). Ainda assim, os esquemas implícitos ou explícitos com que pensamos a história não abordam, ou ainda, encobrem a característica essencial da realidade social: sua força de criação e autocriação (CRISTIANO, 2009).

Para Castoriadis, tudo o que se apresenta ao mundo social-histórico está entrelaçado com o simbólico. Assim, não há determinação total ou liberdade absoluta na relação entre simbolismo e vida social,

o simbolismo se crava no natural e se crava no histórico (ao que já estava lá); participa, enfim do racional. Tudo isto faz com que surjam encadeamentos de significantes, relações entre significantes e significados, conexões que não eram visadas nem previstas (CASTORIADIS, 1982, p. 152).

Desta forma, as instituições que formam a sociedade não se reduzem ao simbólico, mas só podem existir no simbólico e constituem cada qual sua rede simbólica. Assim, Castoriadis define instituição como “uma rede simbólica, socialmente sancionada, onde se combinam em proporções e em relações variáveis um componente funcional e um componente imaginário” (CASTORIADIS, 1982, p. 159).

Sua definição de instituição demarca que esta é sempre composta por uma dimensão funcional e uma dimensão imaginária. O imaginário tem como função complementar a especificidade e unidade do aspecto simbólico e a orientação e finalidade do aspecto funcional nas instituições. O imaginário é, portanto, o elemento que

[...] dá à funcionalidade de cada sistema institucional sua orientação específica, que sobredetermina a escolha e as conexões das redes simbólicas, criação de cada época histórica, sua singular maneira de viver, de ver e de fazer sua própria existência, seu mundo e suas relações com ele, esse estruturante originário, esse significado-significante central, fonte do que se dá cada vez como sentido indiscutível e indiscutido, suporte das articulações e das distinções do que importa e do que não importa, origem do aumento da existência dos objetos de investimento prático, afetivo e intelectual, individuais ou coletivos[...] (CASTORIADIS, 1982, p. 175)

A ideia de imaginário sobre a qual Castoriadis se refere não se confunde com a *reflexão de algo*, uma produção de imagens que conseguem espelhar a realidade e que possui, portanto, caráter especular ou fictício. O imaginário está atrelado à potência humana de criação, a “[...]criação incessante e essencialmente indeterminada (social-histórica e psíquica) de figuras/formas/imagens, a partir das quais somente é possível falar-se de alguma coisa. Aquilo que denominamos realidade e racionalidade são seus produtos” (CASTORIADIS, 1982, p. 13). Para Castoriadis, o cosmos de significados sociais imaginários tem manifestações concretas e se projeta sobre um mundo de fatos, instituições, atos e valores (CRISTIANO, 2009).

O autor valoriza, portanto, a necessidade de reconhecer uma potência de criação imanente tanto aos seres humanos singulares, quanto às coletividades humanas. Para ele, a

potência de criação “trata-se de uma faculdade constitutiva das coletividades humanas e, de uma maneira mais geral, do campo social histórico” (CASTORIADIS, 2004, p.129).

Criação aqui quer dizer criação exnihilo, o fazer-se de uma forma que não estava lá, a criação de novas formas de ser [...] de formas como linguagem, a instituição, a música, a pintura – ou então de forma particular, de tal obra musical, pictorial, poética, etc (CASTORIADIS, 2004, p. 129).

Para Castoriadis, o imaginário social não é, simplesmente, uma forma de nomear as representações sociais, mas uma aposta filosófica para elucidar um aspecto do social e do histórico que o distingue de outras regiões do ser, de outras formas ontológicas, sua capacidade de transformação radical. O que faz do social e do histórico um ser que se cria a si mesmo e está em constante mutação. Nesse sentido, a imaginação não é um meio para fins mais importantes e, tampouco, uma fonte de erro (oposto ao real), mas o aspecto do humano que faz de seu mundo, do mundo dos homens, um mundo de invenção e de mutação (CRISTIANO, 2009).

Dizer que o social é a sede do imaginário é convertê-lo em um ser cuja faculdade ou potência é a imaginação. O social é um ser imaginário, não no sentido de que não existe ou é falso, mas no sentido de que feito de e pela imaginação. A imaginação que irradia o ser social se reflete em um feixe de visões de mundo (representações), mas também há um encadeamento de intenções gerais e recorrentes que dão sua tonalidade específica a cada cosmos social. Há, também, um afeto que se desprende do imaginário e que pauta uma estrutura de sentimentos na qual cabem desejos, medos e vontades concretas. O social, a partir da perspectiva de Castoriadis, é um fenômeno em movimento perpétuo e com cristalizações momentâneas. E a chave conceitual para o movimento são o imaginário instituinte, o imaginário instituído, a psiquê e a práxis (CRISTIANO, 2009).

O imaginário social instituinte é um atributo constitutivo das coletividades humanas e de forma mais geral do campo social e histórico que possibilita a transformação radical da sociedade. O imaginário social instituinte é constituído por instituições que são animadas por (ou, portadoras de) significações que não se referem nem à realidade, nem à lógica e, por essa razão, o autor as chama de significações imaginárias sociais (CASTORIADIS, 2004).

Já o imaginário social instituído ocorre quando tais instituições e significações imaginárias se cristalizam ou se solidificam. As relações sociais reais são sempre instituídas, não porque tenham uma cobertura jurídica, mas porque foram firmadas como maneiras de fazer

universais, simbolizadas e sancionadas (CASTORIADIS, 1982). Na visão do autor, o imaginário social instituído tem a função de manter a continuidade da sociedade,

[...] a reprodução e a repetição das mesmas formas que a partir daí regulam a vida dos homens e que permanecem o tempo necessário para que uma mudança histórica lenta ou uma nova criação maciça venha transformá-las ou substituí-las radicalmente por outras (CASTORIADIS, 2004, p. 130).

Castoriadis explica o imaginário instituído recorrendo a imaginação singular do sujeito. Na imaginação, os elementos não são ligados entre si de forma racional, existem misturas indissociáveis, representações sem nenhuma funcionalidade que não encontram necessariamente ligação com a lógica ou com a realidade. Para o autor, se os sujeitos fossem entregues à imaginação radical, eles não poderiam sobreviver, na medida em que muitas vezes a imaginação radical pode conter desejos que não são favoráveis à vida comum.

A “reação” natural, quando alguém é para nós um obstáculo, é desejar seu desaparecimento – e isso, como sabemos, pode chegar até o ato. É preciso, portanto, que essa imaginação radical dos seres humanos seja domada, canalizada, regulada, adequando-se à vida em sociedade e também ao que chamamos de “realidade” (CASTORIADIS, 2004, p. 132).

A canalização da imaginação radical dos seres humanos é feita por meio do processo de socialização, na qual os sujeitos absorvem as instituições da sociedade, suas significações e valores e as interiorizam. Com a realização da socialização, a imaginação radical é, em alguma medida, sufocada e quando sua expressão é impossibilitada por tal sufocamento, a sociedade e seus indivíduos tornam-se heterônomos.

Na visão do autor, a heteronomia se expressa nos sujeitos quando estes são dominados por um imaginário vivido como mais real do que o real. Na heteronomia, o sujeito é dominado por um imaginário autonomizado que tomou a função de definir para o sujeito, tanto a realidade quanto o seu próprio desejo (CASTORIADIS, 1982).

Já a heteronomia da sociedade é a ocultação da característica de autoinstituição da sociedade e para a própria sociedade. Tal ocultação se manifesta na representação social instituída de uma origem da instituição da sociedade que é imputada a outra coisa que não a própria sociedade (sua origem é atribuída, por exemplo, a seres sobrenaturais, a Deus, à razão) (CASTORIADIS, 1982).

Assim, a partir da obra de Castoriadis, é possível depreender que o imaginário é o “local” por excelência do projeto a construir (CASTORIADIS, 1982) é ele que dá, portanto,

sustentação às práticas sociais, sendo o ponto de partida para os sentidos e as significações compartilhadas pelos membros da sociedade ou por um grupo social (FREITAS, 1999).

Compreendemos, portanto, que o conceito de imaginário pode nos municiar na compreensão da realidade dos grupos e especificamente nas organizações, dentre elas, os serviços de saúde. Para isso, recorreremos, também, à leitura da Psicossociologia francesa (ENRIQUEZ, 1974, 1995 e 2001), segundo a qual, as organizações não podem ser vistas apenas como espaços onde os sujeitos estabelecem relações instrumentais, ordenadas exclusivamente segundo a racionalidade de execução das tarefas e alcance de objetivos, mas um espaço onde os sujeitos sentem, vivem e representam suas vivências sobre o trabalho por meio de imagens que são compartilhadas por eles, conformando um imaginário social sobre a organização.

Para Enriquez (1974), se a descrição da vida das organizações a partir de seu aspecto formal fosse elucidativa dos fenômenos que nelas ocorrem, tudo que se passasse em tais organizações seria visível e legítimo e estaria à disposição do conhecimento, que apenas teria que apreendê-los. O imaginário social da organização, portanto, tem por função articular as necessidades psíquicas dos indivíduos às necessidades funcionais das organizações. Para ele, “só podemos agir quando temos uma certa maneira de nos representar aquilo que somos, aquilo que queremos vir a ser, aquilo que queremos fazer e em que tipo de sociedade ou organização desejamos intervir” (ENRIQUEZ, 2001c, p. 62).

Isso permite considerar que as possibilidades de acordos e projetos coletivos não têm por base exclusivamente argumentos racionais, pois o investimento dos sujeitos e grupos na organização são atravessados pela dimensão do desejo e do inconsciente. Na visão de Enriquez, “sem imaginário não existe projeto de sonho a se realizar, de utopia do mundo a se construir” (ENRIQUEZ, 2014, p. 57). Ainda para o autor,

não se trata unicamente de querer coletivamente; trata-se de sentir coletivamente, de experimentar a mesma necessidade de transformar um sonho ou uma fantasia em realidade cotidiana e de se munir dos meios adequados para conseguir isso (ENRIQUEZ, 2001c, p. 62).

Tal imaginário, conforme aponta Enriquez (2001c), pode ser enganoso ou motor. O imaginário enganoso corresponde a imagens engendradas pela complementaridade dos papéis sociais, imagens protetoras, emblemáticas e carregadas com a submissão de cada um a seu status e a seu papel social (ENRIQUEZ, 2001d). O imaginário enganoso responde aos desejos narcísicos de reconhecimento dos sujeitos, funcionando como uma grande referência, fonte de

identidade, mostrando-se como benevolente e nutriz, mas também como castradora (AZEVEDO, 2010, p. 979).

Por outro lado, com a constituição de um imaginário motor, o grupo seria capaz de apostar em uma visão não monolítica do projeto comum, reconhecendo as diferenças e, ao mesmo tempo, favorecendo a criatividade e a criação de uma fantasmática comum (AZEVEDO, 2010). Sendo assim, mesmo com a prevalência de um imaginário motor ainda existiria a necessidade de algum nível de idealização em torno da organização e do projeto comum para a organização.

Os processos de mudança devem poder promover a inserção de indivíduos criativos em um projeto organizacional (para o qual algum nível de idealização é necessário), sem, contudo, cair na armadilha do controle sutil de seus pensamentos e comportamentos através de uma idealização maciça da organização (AZEVEDO, BRAGA-FILHO E SÁ, 2002, p. 982).

A idealização é uma expectativa ilusória que permite que a instituição seja valorizada por aqueles que nela trabalham, o que não se faz apenas por uma via racional (embora esta também participe). Para que o processo de idealização sobre a organização ocorra, as representações a respeito da instituição de saúde precisam ser afetivamente sentidas. (AZEVEDO, BRAGA-FILHO E SÁ, 2002). Para Enriquez,

[...] todo grupo funciona à base da idealização, da ilusão e da crença. A idealização está presente na elaboração de um projeto comum, pois ela é o elemento que dá consistência, vigor e “aura” excepcional, tanto ao projeto quanto a nós mesmos que, a nossos próprios olhos, nos fortificamos (reforçando simultaneamente o eu ideal e o ideal do eu), correndo esse risco intelectual e social, tentando nos situar a uma altura que nos parecia antes inatingível. A ilusão deixa igualmente sua marca (ENRIQUEZ, 2001c, p. 62).

Os conceitos de imaginário motor/enganador e imaginário social instituído/instituente parecem importante para analisar o discurso dos sujeitos sobre o trabalho, permitindo-nos apreender como as produções imaginárias reverberam nas possibilidades de colaboração. A partir do que foi observado no trabalho de campo, alguns sentidos parecem figurar no discurso dos sujeitos a respeito do trabalho realizado e das possibilidades de colaboração. Tais sentidos denotam o imaginário social/organizacional em que estão inseridos e foram agrupados nas seguintes categorias: “Imaginário motor: o histórico de *vanguarda* no trabalho em saúde mental”; “Imaginário da precariedade: crise nostálgica e impotência compartilhada”.

5.1.1 Imaginário Motor: o histórico de vanguarda no trabalho em saúde mental

O histórico das equipes no trabalho em saúde mental foi uma informação valorizada pelos sujeitos de pesquisa. Algo que se expressou, ainda que de forma diferente, tanto no discurso dos profissionais do NASF-AB, quanto no discurso dos profissionais dos serviços da saúde mental.

De certa maneira, o discurso dos sujeitos permitiu-nos reconhecer um imaginário organizacional caracterizado pelo vanguardismo e sucesso de um tempo passado. Um discurso carregado de orgulho a respeito da construção do trabalho no município foi bastante comum nas falas dos profissionais. Esse imaginário parece impactar na resistência dos grupos que se calcam em sua história e nas estratégias de atuação desenvolvidas ao longo do tempo para permanecer construindo cuidado.

Os trabalhadores que integram o NASF-AB eram funcionários efetivos do município e atuavam no matriciamento em saúde mental há longo tempo. Ao longo de toda a pesquisa de campo, esteve presente a imagem de um passado de vanguarda na atuação da equipe do NASF-AB que se expressa por meio de seu discurso a respeito do histórico do apoio matricial em saúde mental e da expertise na utilização de práticas integrativas e complementares, especialmente a Terapia Comunitária Integrativa (TCI).

Em uma das primeiras conversas com profissionais da equipe do NASF-AB, uma profissional da equipe me relata a respeito do processo de construção do apoio matricial na atenção básica no município, articulando tal processo de construção coletiva com sua própria carreira profissional. De acordo com ela, o trabalho com saúde mental na atenção básica foi algo inusitado na sua trajetória profissional, mas devido a uma necessidade de mudança de cidade e a possibilidade de permutar com uma profissional que atuava na equipe de SM, aceitou a oportunidade. Relata que algum tempo depois de ter ingressado na equipe passou a valorizar a experiência de trabalho, se percebendo parte de um projeto com um investimento intenso de um grupo de profissionais.

O psicólogo da equipe, também, relata a participação em uma pesquisa sobre *mindfulness*, a qual teve a possibilidade de fazer parte por haver implantado essa prática de forma regular no município. Ressalta a vanguarda do município nas práticas integrativas e complementares, que o levou a apresentar trabalho em eventos e conferências sobre o tema. A expertise da equipe NASF-AB no trabalho coletivo, também, é valorizada nas oficinas das equipes NASF-AB do município, sendo considerada uma experiência exitosa do NASF-AB.

Em uma das reuniões, o psicólogo foi chamado a apresentar para o conjunto de profissionais como funcionava a prática da TCI e do *mindfulness* nas unidades em que atuava.

Outro ponto a respeito do histórico do trabalho das equipes e sua capacidade de construir sentidos sobre o trabalho, pôde ser identificado na observação de algumas reuniões das equipes NASF-AB. Foi colocado como ponto de pauta das reuniões, a proposta de reeditar um curso de formação em saúde mental na atenção básica, do qual os profissionais fizeram parte no passado. Discutem a possibilidade de adaptar uma versão do curso para os demais profissionais que compõem as equipes NASF-AB e ESF e implantar o instrumento de avaliação em saúde mental na atenção básica, que ajudaria na qualificação para identificação e acompanhamento dos usuários. Tal discussão é retomada em alguns momentos nas discussões da equipe, porém não avança, permanecendo apenas no campo do desejo de construção.

Os relatos acima mencionados são emblemáticos do valor atribuído pelos profissionais de saúde mental do NASF ao processo de construção do projeto de saúde mental na AB. Em diversos momentos, os profissionais relatam com orgulho ter estabelecido uma prática de cuidados coletivos e baseado em práticas integrativas e complementares e no paradigma psicossocial. Associam a isso o fato de terem vivido um momento de valorização dessas práticas no passado, citando, especialmente, a atuação de uma profissional (atualmente aposentada) que, no discurso deles, ocupava um papel de liderança e pioneirismo no grupo que atuou na construção dessas experiências e que conseguia articular com as gestões anteriores os recursos necessários para viabilizar sua realização no início dos anos 2000.

Os sentidos atribuídos pelos profissionais ao trabalho, enquanto uma construção de grande valor da qual fizeram parte, denota um imaginário organizacional em torno da transformação do cuidado e do pioneirismo na construção coletiva de práticas de cuidado inovadoras, apesar de confrontarem-se com a precariedade real e imaginária existente no contexto atual do trabalho.

No caso do NASF-AB, esse imaginário parece ser a base para a realização de algumas atividades coletivas em colaboração com uma das equipes de SF analisadas. Podemos considerar que os sentidos expressos a respeito do histórico de matriciamento e da expertise nas práticas integrativas, como manifestação de um imaginário motor na ação dos sujeitos para a construção de uma prática de desmedicalização na atenção básica, atuando, portanto, como uma alternativa de cuidado às práticas instituídas na AB de cuidado restrito a atenção individual e centrada no ato médico.

Por outro lado, verificou-se que o imaginário dos trabalhadores atrelados à história e expertise da equipe de saúde mental na atenção básica provoca impactos sobre a grupalidade

do NASF-AB como um todo. As equipes de saúde mental na atenção básica já se encontravam estabelecidas no município antes da implantação do NASF-AB e da adequação do município às regras que norteiam o arranjo de acordo com as normativas do MS. Com a implantação do NASF-AB e a entrada de outras categorias profissionais, como Fisioterapeutas, Nutricionistas e Assistentes Sociais na equipe, o histórico de ter uma experiência de apoio matricial já estabelecida no município pode ter favorecido uma cisão dentro da equipe NASF, algo que não parecia bem resolvido para os profissionais.

Conforme relatado anteriormente, ocorre uma separação informal entre equipes NASF-AB(saúde mental) e NASF-AB(geral) e, ainda que os profissionais evitem utilizar essa nomenclatura e que tentem se desvencilhar dessa separação, ela aparece em diversos momentos, tanto nas reuniões, quanto na observação das atividades de matriciamento, bem como nas entrevistas com trabalhadores e gestores dos serviços de saúde mental.

Uma estratégia criada pela equipe, para lidar com essa dificuldade de estabelecer uma grupalidade na equipe do NASF, foi uma pactuação entre eles de que deveriam atuar concomitantemente nas mesmas UBS. É possível compreender que os profissionais do NASF trataram da cisão na equipe a partir de ações objetivas, pragmáticas, mas não se debruçaram para o reconhecimento e análise da dimensão intersubjetiva e grupal que contribui para tal cisão. No próximo eixo deste capítulo, caracterizaremos esta regra estabelecida como uma tensão entre as equipes que pode ter importantes implicações para a dinâmica de trabalho e colaboração entre os trabalhadores. Aqui apenas demarcamos que a dimensão imaginária que move os trabalhadores a produzirem cuidado, também, influencia na construção de regras contraditórias que possui efeitos sobre as possibilidades de colaboração com as eSF.

Na visão de Enriquez, o imaginário, por envolver o narcisismo (que tenta reduzir o princípio de realidade ao princípio do prazer) é, ao mesmo tempo, “o engano fundamental e a abertura, o sonho na realidade” (ENRIQUEZ, 2014, p. 58). O imaginário se apresenta como cobertura do real, mistificação, instância de falsidade, mas, também, como abertura à ação e transformação. Ou seja, o mesmo elemento que possibilita o investimento de corações e mentes em um projeto coletivo pode, também, apresentar-se como uma fonte de engano do grupo em torno do trabalho na organização.

O imaginário é, portanto, o que permite a construção libidinal, o investimento nos objetos ou no eu, sem ele, o desejo permanece interdito e não encontra os caminhos que lhe permitam empregar os meios para se realizar. Ele possibilita, dessa maneira, “[...] a constituição de uma realidade psíquica, de um depósito sempre renovado de desejos de realização, de um ir-para, de uma corrente” (ENRIQUEZ, 1974, p. 65).

Por outro lado, o imaginário possibilita mascarar os aspectos repressivos presentes nas organizações, atuando como um elemento crucial na adesão dos trabalhadores. As estruturas presentes nas organizações permitem estabelecer elementos de identidade social que definem a forma em que cada sujeito poderá pôr-se em jogo, encontrar um lugar que os outros lhe reconhecerão. Assim, são propostas representações ao conjunto dos membros para que se conformem a elas, permitindo a coerência das condutas coletivas (ENRIQUEZ, 1974, 2014).

No caso do NASF-AB analisado é possível observar que o passado glorioso tem efeito motor, mas também enganoso, na medida em que limita os profissionais, emperrando a assimilação do novo (representado pelos trabalhadores do NASF que não viveram o passado). Assim, o imaginário sobre o passado de vanguarda da equipe de saúde mental e a construção imaginária em torno de como o trabalho deveria se dar, pode ter contribuído para a construção de regras contraditórias na relação de trabalho com as equipes de saúde da família.

Além da equipe NASF, o imaginário motor conformado pelo histórico das equipes pôde ser observado, também, no discurso dos profissionais dos serviços da rede de atenção em saúde mental quando os profissionais abordam a experiência de democratização do gerenciamento do programa de Saúde Mental e dos serviços da rede de atenção, bem como da inclusão dos usuários no processo decisório e o dispositivo da realização sistemática de reuniões para afinar questões referentes à colaboração entre os serviços da rede e intersetorial. Além disso, os trabalhadores e gestores expressam ter participado da mudança da lógica de trabalho operada tradicionalmente nos serviços de saúde mental da cidade, em direção a um funcionamento pautado no paradigma psicossocial (não sem falhas e contradições).

Conforme expresso no capítulo anterior, a escolha dos gestores dos serviços de saúde mental era feita, tradicionalmente, de forma democrática via uma consulta pública, em que todos os trabalhadores votavam indicando os coordenadores dos serviços e do programa de saúde mental como um todo. Essa informação foi levantada por vários sujeitos de pesquisa, relatando como um ponto positivo do trabalho no município, mas que havia sido interrompido recentemente, por uma decisão do governo municipal.

Além da tradição democrática no que diz respeito à escolha das coordenações dos serviços e do programa de saúde mental, foi relatado, também, uma tradição democrática de inclusão dos usuários da saúde mental no processo decisório dos serviços e em outras instâncias democráticas no município.

Eu acho que essa direção de funcionamento muito **democrática é muito potente e tem efeitos até hoje**. Acho que as (inint) [00:52:18], os serviços, a politização dos usuários, a gente tem usuário que tem cadeira no conselho municipal de saúde, aliás,

a gente tem usuário na mesa diretor do conselho municipal de saúde. Na última conferência de saúde mental esse usuário foi na etapa nacional. Então tem um núcleo regional (inint) [00:52:48] organizado aqui, eles fazem assembleias, essa questão do protagonismo do usuário é muito presente aqui, e com ganhos expressivos (Coordenador CAPS (geral) em entrevista, grifo nosso).

A tradição democrática dos serviços aparece no discurso dos sujeitos como uma construção da qual eles se orgulham e que tem efeitos até hoje, ainda que sob a forma de uma resistência contra a precarização dos serviços de saúde mental e das ações que subvertem a lógica de cuidado da atenção psicossocial defendida pelos trabalhadores.

O modelo de cuidado pautado na atenção psicossocial com a predominância do trabalho coletivo e voltado para a desmedicalização, também, é algo sobre o qual os trabalhadores atribuem valor importante. Os trabalhadores relatam ter participado da implantação dos CAPS e do ambulatório no município e da introdução do modelo de atenção psicossocial na rede de serviços existentes no município. Expressam uma forte oposição de ideias com o direcionamento do trabalho dado pelo pronto socorro e com a gestão municipal em saúde que apresenta, de acordo com eles, visões diferentes a respeito do cuidado em saúde mental.

Então, se eu não tiver enganada, porque a gente tinha aqui... O Caps AD fez uma migração em dois mil e oito, se eu não me engano, para Caps Ad, porque antes era um programa chamado..., que era um dispositivo que trabalhava mais a perspectiva da abstinência, mais no sentido de... Tinha grupo também mas era muito mais no sentido ambulatório. Então em dois mil e oito teve a transição desse dispositivo para o Caps AD. E aí desde então se tentou e a gente tenta trabalhar com outra lógica, com a lógica da atenção psicossocial. (Profissional de saúde CAPS-AD em entrevista)

De certa maneira, os elementos expostos acima nos parecem compor um imaginário motor sobre o trabalho e o cuidado em saúde mental, o que permite aos trabalhadores um investimento desejante sobre o trabalho. O sentido para o trabalho aparece revestido de valor e exaltação, apontando para a existência de investimento psíquico e identificação com os ideais da reforma psiquiátrica, que é vista como um projeto legítimo e relevante para o trabalho em saúde mental.

O investimento subjetivo no trabalho é um elemento importante para a adesão a projetos comuns para a organização. Adesão esta que, associada a fatores estruturais e organizacionais, bem como à relação de confiança mútua que os trabalhadores estabelecem entre si e com a gestão, pode ser fator decisivo para a colaboração no cuidado tanto na relação entre as equipes NASF/ESF quanto na relação entre os trabalhadores na rede.

5.1.2 Imaginário da precariedade: “crise nostálgica” e “impotência compartilhada”

Foi identificada no discurso dos profissionais da equipe do NASF e dos serviços de Saúde Mental uma referência à ruptura do modo como o trabalho se realizava no passado com uma redução dos espaços de cogestão e uma “desresponsabilização” e desinvestimento das sucessivas gestões municipais, o que repercutiu negativamente na organização do trabalho realizado hoje. Tal discurso se refere a transformações negativas ocorridas ao longo do tempo e a um passado em que havia maior investimento e autonomia no trabalho. Um passado cujas lembranças e representações localizam o cuidado mais próximo ao modelo psicossocial.

A gente muitas vezes tem mas é justamente... Tipo assim, essa reunião de rede meio que acabou, porque existia quando a gente tinha uma coordenação que era eleita dentro da gerência de saúde mental, existia reunião de rede a cada dois meses, juntava todo mundo da saúde mental, sentava, discutia os casos. Depois que essa coordenação, e aí é o que a gente discorda, muita das vezes, não é mais eleita o que a gente tem é a inexistência dessas próprias reuniões, mesmo porque a pessoa não vai querer ser colocada em xeque, porque sabe que o processo foi meio que enviesado assim. E aí tem se tornado cada vez mais difícil. (Profissional de saúde do CAPS-AD em entrevista)

A gente tinha um fluxo de reuniões periódicas que foi interrompido com a mudança na gerência de saúde mental. Tinha uma reunião de rede todo o mês e mais uma reunião dos coordenadores dos serviços, e eram os passos de articulação da rede muito importantes. (Coordenador CAPS (geral) em entrevista)

Foi em janeiro de dois mil e dezoito, quando a prefeitura tirou o gerente que tinha sido eleito e colocou uma outra pessoa. Uma pessoa que nem é da saúde mental, que não tinha experiência nenhuma. E depois essa pessoa saiu e colocou uma sucessora no lugar dele, mas que também não foi eleita. E esses espaços mais democráticos de pactuação se extinguiram. (Coordenador CAPS (geral) em entrevista)

No discurso dos profissionais analisado, por um lado, há uma valorização de um passado de construção autônoma e criativa, por outro há, também, a percepção de derrocada do trabalho construído diante de uma realidade de precariedade das condições para sua realização. Tal precariedade, além de repercutir objetivamente sobre o cuidado realizado, ocupa grande parte do imaginário das equipes sobre os sentidos e potência do trabalho, o que impacta as possibilidades de colaboração interprofissional. Expressões como: “isso se perdeu” ou “não existe mais”, aparecem constantemente no relato dos trabalhadores, denotando uma nostalgia em referência a uma organização do trabalho vivida anteriormente.

Em entrevista com uma profissional do NASF-AB, ela aborda o lugar de desvalorização que a Atenção Básica ocupa no município e que impacta na motivação dos trabalhadores. A profissional utiliza o termo esvaziamento para se referir aos colegas na AB, um esvaziamento

que junto a questões de valorização financeira, desembocam nos pedidos de transferência para atenção hospitalar/especializada.

Eu acho que... Eu vejo um impacto muito grande. É um impacto tão grande, que eu percebo desânimo. Existe um desânimo, um esvaziamento. Porque eu posso estar dentro da atenção primária, da atenção básica, de corpo, mas estar totalmente esvaziada. Eu percebo as pessoas esvaziadas (Profissional de saúde do NASF-AB).

Em entrevista com uma outra profissional da equipe NASF-AB, esta faz um balanço do período atual em contraposição ao período anterior em que havia, de acordo com ela, melhor infraestrutura para realização do trabalho e uma equipe de apoio institucional dividida de forma territorial para prover um apoio in loco aos profissionais de saúde da ponta.

Falta material básico, falta uma estrutura mínima para determinadas coisas, entendeu? Falta um apoio logístico para você fazer, por exemplo, coisa que a gente fazia que era mutirão que, às vezes, tem usuário que mora muito longe, então... e não é só um, é uma pequena comunidade. Então, toda essa coisa... falta uma frequência de apoio in loco. Não existe mais. Então, hoje, é que a coordenação de enfermagem do município assumiu a coordenação da enfermagem da saúde da família, mas é uma coisa... entendeu? Mas é muito isolado.

(...)

É, a gente já estava... até porque, na época também, a gente estudava bastante, assim, existia essa prerrogativa entre a gente de estar sempre estudando. Então, na época, já tinha muita publicação do Gastão daquele material que eu até apresentei. E tinham essas experiências de apoio já começando no Brasil, em vários lugares. (Profissional de saúde do NASF-AB)

O discurso observado parece encontrar paralelos com a ideia de que os trabalhadores vivenciam uma “crise nostálgica” (SILVA, ACIOLE E LANCMAN, 2017), na qual diante de uma transformação dos serviços no sentido de desinvestimento e desresponsabilização da gestão e perda de autonomia dos trabalhadores, tem-se como resultado uma “perda de entusiasmo e a regressão da clínica em saúde mental”. Os trabalhadores passam a classificar as mudanças em termos de ‘piora’, ‘tragédia’ e ‘adoecimento’, fazendo referência a um tempo em que prevaleciam os princípios da reforma psiquiátrica brasileira na organização do trabalho (SILVA, ACIOLE E LANCMAN, 2017).

O imaginário da precariedade aparece com frequência no discurso dos sujeitos, algumas vezes, inclusive fazendo referência ao momento político em que foi realizado o campo da pesquisa. Durante as entrevistas e conversas sobre o trabalho nas observações participantes, um relato a respeito das mudanças políticas recentes no país era colocado em discussão pelos trabalhadores no sentido de reduzir as perspectivas de melhoria do trabalho na saúde mental e da atenção básica.

E às vezes, a justiça em cima. Agora com essa lei nova que o maluco desse presidente instituiu da mudança da política de drogas. Assim qualquer um pode internar o familiar. Nossa isso já chegou várias demandas (Coordenadora Programa de Saúde Mental).

(...)

Um retorno, não é? Da lógica da perspectiva da política de álcool e droga com a perspectiva da abstinência ao invés da redução de danos. Então a gente não pode avaliar... Seria mentira se a gente avaliasse que está tudo bem, obrigado. É um momento de muita tensão e de muito adoecimento psíquico da equipe nesse sentido.....de o tempo todo a gente precisa estar lutando aí para barrar uma lógica de... (Profissional de saúde CAPS-AD).

(...)

A equipe está muito abalada... Antes a gente estava lutando para mostrar, para fazer o trabalho, para acontecer do jeito que está ali, e agora a gente tem que resistir (Coordenadora CAPS-AD).

A precariedade toma a perspectiva dos trabalhadores quanto à possibilidade de mudanças em um curto prazo. Desta forma, associam-se a precariedade percebida na realidade institucional dos serviços, com a perda da esperança de transformação, advinda da conjuntura sócio-política em um contexto mais amplo.

O Estado tem um cofinanciamento, mas, assim mesmo, é muito reduzido, porque o custo maior da saúde da família é o profissional, o custo maior é esse, que pesa mais para os municípios é isso. Então, assim, a previsibilidade da gente, por exemplo, ter mais profissionais conosco... não tem uma previsão, não tem um horizonte, assim, que a gente olhe e fale: “Vai melhorar, vão vir vários profissionais” (Profissional de saúde do NASF).

No que diz respeito às equipes ESF e NASF é possível observar um **compartilhamento da impotência de ação** diante de uma rede insuficiente e de uma estrutura de atuação precária. Algo que expressa baixa responsabilização pelo cuidado aos usuários e coordenação do cuidado.

De acordo com os documentos que orientam o trabalho do NASF, é esperado que ele colabore na continuidade do cuidado dos usuários e nas funções de coordenação do cuidado e integração dos serviços. O imaginário da precariedade aparece compartilhado entre os trabalhadores NASF e ESF quando falam das possibilidades de cuidado integral e de como os projetos de cuidado na AB esbarram na precariedade real/imaginária da própria AB e da rede de cuidados.

Moderador lendo a narrativa: “Foi criado um grupo de *WhatsApp* sobre o caso e a equipe considera que os serviços previstos no PTS estão sendo ofertados. Porém, ainda assim, parte do grupo considera que a rede teve uma atuação fragmentada a respeito do caso, o que, no passado, pode ter contribuído para a internação do usuário.”

Moderador: E minha pergunta é assim... acho que a gente conversou um pouco, mas e essa atuação fragmentada que é falada no passado ela também permanece.

Enfermeira (ESF): Sim, eu acho que a rede é fragmentada.

Fono (NASF-SM): Ter fragmentos significa ter buracos e aí o que acontece...

Moderador: Em que sentido P (enfermeira) você falou que era fragmentada?

Enfermeira (ESF): Em tudo, as vezes a gente tem paciente que ele é cardiopata grave você não consegue o cardiologista, não consegue o exame e a ESF fica aqui com esse paciente que chega hipertenso, aí chega para ela na porta de entrada, aí aqui não tem suporte para ele e vai para o HPM, tira de uma crise faz uma medicação, melhora e volta, mas não tratou aquele problema cardíaco dele, isso para mim é fragmentação de rede. A nível de especialidade, a nível de saúde mental, a nível de tudo

Fono (NASF-SM): A gente está vendo isso muito claro, nesse momento né que estamos fazendo palestras nas escolas do setembro amarelo, a gente está mexendo num vespeiro danado, GRANDE, pra fazer o que com isso?

Enfermeira (ESF): pois é, que rede a gente tem

Fono (NASF-SM): Qual a rede que a gente tem?

Enfermeira (ESF): O projeto de intervenção das minhas internas foi sobre isso, eu tive várias demandas aqui e a gente não tinha para onde triar

Moderador: Do setembro amarelo também?

Enfermeira (ESF): Foi sobre depressão, mas não foi no setembro. A gente falou de depressão na escola em maio. Tiveram várias demandas aqui até de outras ESF que a gente foi encaminhando, mas não tem o profissional para atender (Transcrição grupo focal UBS-A).

A realidade de uma rede de atenção precária, fragmentada e com pouca disponibilidade de acesso aos usuários, mostra-se pouco capaz de absorver as demandas por cuidado especializado. Diante da precariedade da atenção básica e da rede de atenção, os trabalhadores, em alguns momentos, parecem resignar-se à pouca capacidade de ofertar acesso a outros níveis de atenção.

Nas entrevistas com profissionais da rede ambulatorial de saúde mental, faz-se, também, referência a precariedade dos serviços da RAPS e de como isso dificulta a realização de um bom trabalho em rede. Parece haver certo *ensimesmamento* nestes serviços que, diante das dificuldades relatadas, são absorvidos pelo seu funcionamento interno, pouco considerando o território sobre o qual possuem responsabilidade.

Tal como já apontamos, Castoriadis enfatiza que o imaginário não se refere a algo que se opõe ao real e que, portanto, seria algo falso ou fantasioso, mas à própria capacidade criativa dos sujeitos e da sociedade, que é, portanto, inseparável da realidade. Para o autor, não há transformação alguma na sociedade que seja explicável apenas do ponto de vista funcional, existindo, portanto, sempre algo do ponto de vista da imaginação radical dos sujeitos que condiciona as possibilidades de transformação ou de cristalização das instituições na sociedade (CASTORIADIS, 1982).

Dessa forma, é possível compreender no caso analisado que o real da precariedade se encontra com as representações dos sujeitos sobre a precariedade, tomando a perspectiva dos

trabalhadores como algo que influencia a sua visão sobre os usuários, o trabalho em saúde e as possibilidades de colaboração interprofissional e com os demais serviços da rede.

Quando vemos a nós mesmos e/ou aos outros sob o signo da precariedade não buscamos sua participação na produção do trabalho, o que impõe limitações importantes para a colaboração. Nesse sentido, podemos estabelecer uma diferenciação entre os termos precariedade e insuficiência. Precariedade possui o sentido de algo que apresenta más condições ou não cumpre seu objetivo, algo que é escasso, incerto ou frágil, enquanto a insuficiência pode referir-se à incapacidade parcial de exercer alguma tarefa ou função. Nesse sentido, a insuficiência não conteria o sentido definitivo de fracasso, mas pode ser entendida como uma necessidade de buscar os elementos necessários para realização de determinada ação.

Birman (2006) defende que o reconhecimento da incompletude e insuficiência pelo sujeito é condição para a constituição do laço fraterno e, logo, de uma relação mais solidária entre as pessoas. Para ele, somente quando reconhece que não é autossuficiente, o sujeito é capaz de distinguir o outro como um igual. Já quando a ilusão da autossuficiência se faz presente, o sujeito torna-se autocentrado e passa a reificar o outro. Consequentemente,

(...) a autossuficiência é uma pretensão com a marca do absurdo, já que supõe um sujeito estritamente autocentrado que, na verdade, se alimenta na sua pretensão pela colocação do outro numa posição abjeta de coisa, já que difere do primeiro. Existiria aqui uma moral fundada no canibalismo, na medida mesmo em que a subjetividade poderia devorar o outro e colocá-lo na posição de repasto (BIRMAN, 2006, p.119, grifo do autor).

Dessa forma, a colocação do outro no lugar de coisa, advinda da ilusão de autossuficiência, traz graves implicações para a fraternidade e solidariedade, já que a fraternidade implica a igualdade dos sujeitos e a solidariedade é a consequência imediata desta (BIRMAN, 2006).

Enriquez (2001a) faz uma discussão análoga quando trata da fantasia de autoengendramento, em que o indivíduo não reconhece a dívida que tem para com aquilo que lhe precede (e que implicaria, portanto, a aceitação da tradição, filiação e cultura), bem como sua dívida para com as gerações futuras (vivendo como se fosse ‘produzido por si mesmo’).

Dessa forma, infere-se que o reconhecimento da insuficiência da ação dos trabalhadores diante da complexidade dos problemas de saúde dos usuários e, portanto, a percepção de sua interdependência, levaria a um esforço para estabelecer relações mais colaborativas. Por outro lado, o imaginário compartilhado entre os trabalhadores em torno da precariedade, dificultaria

as possibilidades de reconhecer no outro a capacidade de ofertar uma parcela de ação que ajudaria a compor o cuidado.

As significações imaginárias instituídas, articuladas aos sentidos do trabalho associados à precariedade dificultam a construção de uma idealização em torno de projetos possíveis para o trabalho, amortecendo a capacidade criativa dos profissionais e perpetuando a sensação de imobilização entre os sujeitos envolvidos (MIRANDA et. al., 2014). Tais sentidos instituídos coíbem a capacidade do desejo transitar para novas formas de construções imaginárias, estas sim, mais criativas, inovadoras e provocadoras da colaboração entre os trabalhadores.

5.2 EIXO – COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL, COOPERAÇÃO E AS CARACTERÍSTICAS DA RELAÇÃO ENTRE NASF E ESF

A colaboração entre as equipes NASF-ESF será analisada neste item, principalmente, a partir da obra de Christopher Dejours, dando destaque à discussão que este autor faz a respeito da cooperação. Tal escolha foi feita com intuito de ampliar a compreensão a respeito dos aspectos intersubjetivos que envolvem a colaboração interprofissional entre as equipes NASF/ESF.

Do ponto de vista de alguns autores (CANGUILHEM, 2001; DEJOURS, 1993, 2004, 2012; SCWHUARTZ e DURRIVE, 2010), é possível compreender que o trabalho guarda uma dimensão de imprescritibilidade. Há sempre alguma parcela do trabalho real que escapa a qualquer tentativa de controle dos atores em posição de poder na organização, bem como das tentativas de racionalização do trabalho.

Para Canguilhem (2001), por exemplo, toda tentativa de controle do trabalho esbarra na resistência dos organismos, dos sujeitos e dos grupos sociais. Nesse sentido, a resistência do trabalhador às medidas que lhe são impostas do exterior, como na organização taylorista do trabalho, demonstram uma reação de saúde. Para ele,

[...] a ambição de tratar o homem como objeto da racionalização e da organização científica do trabalho choca-se com a resistência de um dado vital, depois psicológico e enfim sociológico (CANGUILHEM, 2001, p. 112).

A resistência dos trabalhadores, portanto, não é apenas fruto da mobilização de um coletivo organizado em torno de ideais, mas uma reação advinda da característica inerente aos sujeitos de construírem normas para si. Na visão de Canguilhem, a capacidade normativa dos sujeitos não pode ser vista como uma prerrogativa de quem está na posição de poder. “A ilusão

capitalista está em acreditar que as normas capitalistas são definitivas e universais, sem pensar que a normatividade não pode ser um privilégio” (CANGUILHEM, 2001, p. 120).

Na mesma trilha de raciocínio, Dejours (1993, 2004, 2012) aponta sobre a importância da parcela de autonomia dos trabalhadores e os limites existentes em suas tentativas de controle e assimilação por parte da organização do trabalho. Também criticando o taylorismo, Dejours (1993) defende que os trabalhadores, em geral, não desejam estar na posição de meros executantes, eles buscam cumprir o melhor possível e alcançar os objetivos fixados pela organização, desde que estes não sejam desproporcionais nem paradoxais. Para o autor, o trabalhador espera obter da organização as condições para poder oferecer sua contribuição singular no campo do trabalho. Com isso, compreende-se que o que mobiliza sua inteligência criativa é a possibilidade de, por meio de seu trabalho, obter um benefício em termos de sentidos para si mesmo. A mobilização subjetiva do trabalhador encontra-se, portanto, atrelada à dinâmica prazer-sofrimento no trabalho.

Ademais, seguindo a contribuição de Dejours (1993, 2004, 2012), compreende-se que há uma lacuna permanente entre a tarefa prescrita e a atividade real no trabalho. O que é prescrito pela organização nunca é suficiente para dar conta de toda a complexidade do trabalho realizado, o qual depende da capacidade criativa que os sujeitos acionam no seu fazer e de sua capacidade de cooperarem na realização da atividade. Trabalho prescrito se refere, portanto, aos objetivos, procedimentos e meios técnicos para realização das tarefas, enquanto o trabalho real diz respeito ao modo como o trabalhador usa seu corpo e suas competências para realizar o que foi prescrito. Para ele, o trabalhador possui uma inteligência prática que permite transformar trabalho prescrito em trabalho real. Nas palavras de Dejours, a inteligência prática é

[...] uma inteligência do corpo, sua mola propulsora é a astúcia, ela está no cerne do ofício, ela está em ação em todas as atividades de trabalho, inclusive teóricas, ela é fundamentalmente subversiva e criativa, ela está amplamente difundida entre os homens, ela é pulsional, e sua subutilização é patogênica (DEJOURS, 1993, p. 12).

No caso das eSF e do NASF-AB, é possível compreender que o trabalho prescrito engloba as diretrizes e orientações presentes nos documentos elaborados pelo MS (Política Nacional de Atenção Básica, as portarias, protocolos e os cadernos de atenção básica), além das diretrizes e injunções produzidas pela gestão local a respeito dos processos de trabalho a serem realizados pelas equipes. Já no que diz respeito, especificamente, aos NASF-AB, usualmente, o trabalho dos profissionais não se encontra atravessado intensamente por protocolos ou regras

rígidas que ditam o que deve ser feito. Conforme explorado anteriormente, suas normas e diretrizes são vistas como abrangentes e pouco claras (HORI E NASCIMENTO, 2014; PANIZZI et.al., 2017; CORREIA; GOULART; FURTADO, 2017), o que, por um lado, permitem sua adaptação a diferentes contextos e, por outro lado, pode facilitar que a definição de suas práticas seja feita, majoritariamente, com base nas circunstâncias de sua implantação, permitindo reforçar inclusive lógicas antagônicas ao modelo defendido (SAMPAIO et.al., 2012; ARAÚJO E GALLIMBERTI, 2013). Assim, com Dejours (1993) é possível supor que a necessidade de mobilização da criatividade dos trabalhadores do NASF-AB se mostra de grande relevo, na medida em que o trabalho prescrito abrange uma parte pequena do que precisa ser feito.

Nesse sentido, compreende-se que os trabalhadores do NASF-AB, ainda que bem esclarecidos a respeito das normativas e implicados em buscar ferramentas conceituais sobre o trabalho, precisam estar constantemente acionando sua inteligência prática para conseguir realizar o seu trabalho e, com isso, atribuir sentido a sua prática.

Assim, cabe-nos questionar os custos psicossociais da baixa prescrição do trabalho do NASF. É verdade que pode prover o sentimento de liberdade e possibilidade de construção de sentidos para o trabalho. Contudo, para tanto, requer grande mobilização dos profissionais e condições institucionais que permitam e deem condições para o exercício da criatividade.

Outra reflexão importante de Dejours que nos ajuda a pensar o trabalho em saúde e especificamente o NASF diz respeito à natureza imprescritível da cooperação. Para o autor (DEJOURS, 2012), a lacuna que há entre trabalho prescrito e real no âmbito individual revela no âmbito coletivo, a dualidade entre coordenação e cooperação. A coordenação representa, portanto, a prescrição do trabalho coletivo e a cooperação expressa o trabalho coletivo efetivo.

Assim, cooperação pode ser compreendida como a vontade das pessoas de trabalharem juntas e de superarem coletivamente as contradições que surgem da própria natureza ou da essência da organização do trabalho (DEJOURS, 2004). Em outro momento de sua obra, o autor apresenta a cooperação como algo que tem como fundamento “a liberdade da vontade em nível individual; a formação de uma vontade de agir ou de trabalhar junto em nível coletivo” (DEJOURS, 2012, p. 86), sendo esta liberdade estimulada pelo reconhecimento no trabalho.

Contudo, há ainda uma outra forma de cooperação identificada por Dejours, que se baseia no medo e na ameaça. Tal cooperação que o autor nomeia como cooperação reduzida, ou cooperação “maquínica”, se faz exclusivamente em torno de objetos técnicos, enquanto ocorre um empobrecimento das relações humanas e pode levar a graves consequências para os trabalhadores. Diz ele,

Esta forma de cooperação, que se pode também designar com o termo de cooperação “maquinica”, apaga os espaços de deliberação formais, destrói a convivência, desumaniza o mundo do trabalho e semeia a desolação com seu cortejo de consequências médico-psiquiátricas (DEJOURS, 2012, p. 92).

Na visão de Dejourns (2012), o trabalho coletivo ocupa a função de estabelecer um elo entre a inteligência, a habilidade e a engenhosidade presentes no estado potencial de cada sujeito e uma contribuição à cultura e à polis. Ele implica, portanto, a mobilização das inteligências individuais reunidas em uma dinâmica coletiva comum. A cooperação não trata apenas de assegurar as condições lógicas e as condições cognitivas de uma articulação conquistada nas atividades singulares.

De acordo com Dejourns (2012), as ligações entre um conjunto de trabalhadores são construídas contra alguma coisa, no sentido de que os trabalhadores cooperam contra as ordens que compõem a exigência de trabalhar junto. De maneira semelhante, Schwartz (2010) compreende que as entidades coletivas de trabalho se constroem não a partir das normas, mas com relação e em relação às normas prescritas. Voltaremos a essa discussão em breve, quando apresentaremos exemplos em que o NASF-AB coloca algumas regras de colaboração que parecem fazer pouco sentido para as eSF.

As relações entre os sujeitos estão atreladas à dinâmica de reconhecimento no trabalho e podem se expressar como mobilização, desmobilização, ou defesa contra o sofrimento psíquico. Essas formas de ação não são obra do acaso e, nas palavras de Dejourns (2004), organizam-se em torno de uma racionalidade subjetiva, que se difere das racionalidades teleológicas (que dizem respeito à finalidade das ações) e axiológicas (que dizem respeito à atribuição de valores morais a uma ação).

Nesse sentido, a cooperação não pode ser prescrita nem decretada. Para Dejourns, importa saber, portanto, como proceder para não quebrar a mobilização das inteligências e das personalidades dos trabalhadores. Como é um fator de liberdade, a tentativa de prescrever a cooperação pode causar **injunções paradoxais** (DEJOURS, 2004), ou seja, regras que apresentam contradições insolúveis. Assim, uma tentativa de ordenar a cooperação a um grupo de trabalhadores pode se apresentar como uma ordem impossível de ser cumprida, causando a resistência dos trabalhadores de diversas formas, conforme aponta Gaulejac (2007).

A discussão sobre as (im)possibilidades da cooperação é particularmente interessante no caso dos NASF-AB, pois podemos considerar que neste arranjo a colaboração interprofissional faz parte do seu trabalho prescrito. Parte essencial da construção de um

trabalho efetivo pela equipe NASF-AB passa pelo estabelecimento de relações colaborativas com as eSF apoiadas. A necessidade de colaboração entre as equipes se encontra presente na própria metodologia de trabalho adotada pelo NASF. Tal como já apresentamos anteriormente, o Apoio Matricial (AM) (CAMPOS, 1999) é uma metodologia criada para organizar o trabalho interprofissional, tanto em equipes quanto em redes de atenção à saúde, com o objetivo de facilitar o contato direto entre profissional encarregado de um determinado caso e o especialista de apoio. Tal metodologia deve ser empreendida, principalmente, por meio de discussões de caso e de processos de trabalho com as eSF, atendimentos compartilhados com as eSF e individuais (desde que mantendo a responsabilização conjunta pelos casos).

Assim, o NASF-AB consiste numa equipe (uma entidade coletiva mais ou menos coesa) que, para realizar o seu trabalho, precisa estabelecer colaboração interprofissional com outras equipes de uma forma mais ou menos integrada, com as quais precisa construir, portanto, algum nível de coesão e parceria. A esse respeito é inevitável observar que ainda que reconheçamos que a colaboração interprofissional tenha uma dimensão formal importante para sua efetivação, ela depende, em alguma medida, da cooperação entre os trabalhadores (no sentido atribuído por Dejours) para que possa prosperar. Consequentemente, a reflexão de Dejours sobre a cooperação nos provoca a pensar de forma mais crítica a respeito do trabalho interprofissional colaborativo em geral e, especificamente, no caso das equipes do NASF-AB. O pensamento do autor vai ao encontro da reflexão que fizemos anteriormente, em que abordamos a possibilidade de as normativas oficiais a respeito do NASF-AB terem partido de uma concepção idealizada a respeito da colaboração interprofissional.

De acordo com Dejours, o estabelecimento de relações de cooperação envolve alguns riscos: risco de que se apropriem dos modos de fazer do ofício de cada trabalhador; risco de expor as falhas, as imperícias e até mesmo as infrações cometidas para realização do trabalho; e o risco de que se utilizem dessas informações contra eles. Esses riscos levam à necessidade de que se estabeleça relações em que seja possível confiar na lealdade dos outros trabalhadores e dos chefes. A cooperação depende, portanto, da possibilidade de que os agentes estabelecem entre si relações intersubjetivas de confiança (DEJOURS, 2012).

Para Dejours, a confiança não se baseia em razões de ordem técnica, nem de ordem psicológica, mas de ordem ética (DEJOURS, 2012). Na sua visão, a confiança diz respeito, sobretudo, a ordem do deontológico, ou seja, da construção de acordos, normas e regras que enquadram a maneira como se executa o trabalho (regras de trabalho). Assim, a análise da confiança entre os trabalhadores demonstra que esta depende principalmente da visibilidade dos ajustamentos singulares utilizados frente às insuficiências e às contradições da organização

prescrita. Tal visibilidade depende da qualidade do espaço de discussão sobre a organização do trabalho e da cooperação que tem como objetivo complementar ou substituir a organização de trabalho prescrita (MENDES, 1995).

Trabalhar junto, cooperar, isso pressupõe que se discuta, que se inclua na pauta de debates esses diferentes modos operatórios com vistas a selecionar e admitir aqueles que trazem vantagens para a cooperação, bem como rejeitar os que são prejudiciais à cooperação (DEJOURS, 2012, p. 81).

Neste ponto, a gestão dos serviços tem uma função importante na possibilidade de cooperação. Para Dejourns, a gestão tem a função de “Cultivar a confiança por sua capacidade de escutar seus subordinados, não apenas individualmente, mas sobretudo coletivamente” (DEJOURS APUD ZAMBRONI-DE-SOUZA; ARAÚJO; SILVA, 2018, p. 172).

O âmbito gerencial se mostra um importante desafio para os NASF-AB, tanto no que diz respeito à dimensão gerencial presente no trabalho do NASF-AB, quanto no que diz respeito à atuação dos gestores municipais que influenciam o trabalho do AM, na colaboração interprofissional entre as equipes NASF-AB/ESF e na articulação com os demais pontos da rede de saúde e intersetorial.

A literatura indica que a gestão no trabalho do NASF-AB, muitas vezes, encontra-se atrelada à noção de Apoio Institucional e ocorre, por exemplo, quando o apoiador é convidado a participar da discussão e planejamento do processo de trabalho das eSF ou para apoiar a gestão dos serviços. Porém, ao problematizar o processo de trabalho das eSF, o apoiador pode desvelar problemas relacionados com o modo de organização e gestão dos serviços, produzindo desconforto nos atores envolvidos. Essas tensões implicam a necessidade de haver maior abertura institucional para mudanças, um direcionamento democrático do trabalho na AB e a necessidade de que a gestão municipal garanta apoio e credibilidade ao papel intercessor da equipe NASF-AB (MELLO et.al., 2018).

Já no que diz respeito ao papel da gestão municipal na estruturação e pactuação do trabalho do NASF-AB, compreendemos que se articula com a dimensão formal (estrutura e processos de trabalho), mas, também, com a dimensão intersubjetiva.

Do ponto de vista formal, destaca-se que é importante que a gestão provenha garantias estruturais como espaço físico nas UBS, transporte, materiais e insumos, bem como a adequação quanto ao número de profissionais, as categorias profissionais que compõem o NASF-AB e a quantidade de eSF a serem apoiadas. A gestão se mostra importante, também, para fornecer as condições de organização das agendas da equipe NASF-AB, fornecimento de espaços de formação e reflexão sobre o trabalho, bem como na construção de processos de

avaliação e monitoramento, que considerem as especificidades dos núcleos (MELLO et.al., 2018).

Por outro lado, é possível compreender que a gestão tem um papel importante para a construção do trabalho colaborativo, amparando os trabalhadores e possibilitando um ambiente confiável que permita a articulação destes em torno de um projeto comum. No caso do NASF-AB, a gestão pode, ainda, apoiar os profissionais diante das angústias próprias à natureza do trabalho de apoio, angústias constantemente despertadas na interação com eSF e demandas cotidianas por esta colocada. A esse respeito, enfatizamos que os aspectos formais já elencados acima e a construção de um ambiente democrático de pactuação dos processos de trabalho pode ter um efeito importante sobre a capacidade de estabelecer relações de confiança mútua necessárias para a colaboração.

A partir da obra de Dejours, é possível observar a importância da coordenação do trabalho coletivo, que passa pela organização prescrita do trabalho e pela ordenação do poder-fazer de cada trabalhador singular, atuando na preservação do que é compatível com o trabalho de todos. Para ele,

[...] se todas as inteligências individuais, todas as engenhosidades, todas as genialidades seguissem livres seus diferentes cursos, não haveria obra comum possível, porque as genialidades, pelo simples fato da alta singularidade que caracteriza cada uma, têm um poder considerável de divergência e de desorganização, de criação e de desordem (DEJOURS, 2012, p. 125).

Ainda em diálogo com a obra de Dejours (1993, 2004, 2012), podemos compreender que, para cooperar, as equipes NASF-AB/eSF dependem, portanto, da capacidade de operar relações de confiança no trabalho e, em consequência, lidar com as especificidades de tais núcleos e da relação entre equipes de apoio (NASF-AB) e referência (eSF).

As equipes NASF-AB, conforme expomos anteriormente, assumem um lugar pouco estável em sua atuação. Em geral, ocupam um lugar de fronteira entre atenção primária e atenção especializada, entre os interesses da equipe da eSF e interesses dos usuários, entre a identidade de seu núcleo profissional e o campo da Saúde Coletiva. Além disso, essa posição fronteira do NASF-AB, envolve seus profissionais num constante trânsito entre a identificação e a diferenciação com as eSF. A falta de um lugar estável para o seu fazer, pode levar as equipes NASF-AB a experimentar uma situação de desamparo e de tensão constante, devido à falta de um lugar estável para o seu fazer (MELLO et. al., 2018).

Isso, por sua vez, impõe desafios para a construção de relações de confiança que permitam uma “vida comum” entre trabalhadores com funções e posições diferentes, mas que

devem trabalhar, ao menos teoricamente, de forma corresponsável. Ademais, existem aspectos objetivos que impactam na possibilidade de estabelecimento de relações de confiança entre as equipes. Dentre eles, o grande número de equipes apoiadas por tais núcleos, o que não apenas dificulta a convivência entre os profissionais, como torna difícil o compartilhamento da responsabilidade pelo cuidado aos usuários. Esta pode ser visto como um ponto crítico sobre o qual a colaboração se constrói, na medida em entendemos que o “comum” sobre o qual os trabalhadores colaboram é tal cuidado.

5.2.1 Reconhecimento como uma dimensão da cooperação

De acordo com Dejours, o que mobiliza os trabalhadores a se engajarem em uma relação cooperativa de trabalho não é uma pulsão altruísta, mas a possibilidade de obter benefícios no estabelecimento das relações coletivas. Na visão do autor, a cooperação “permite fazer com que coexistam e vivam juntos os egoísmos, passando pela elaboração de compromissos negociados entre indivíduos do coletivo” (DEJOURS, 2012, p. 98). Com a cooperação, os indivíduos buscam obter resultados no âmbito da proteção de si e da realização de si mesmos. A primeira expressa-se na negociação de condições favoráveis de luta pela preservação da identidade, enquanto a segunda está atrelada a luta pelo reconhecimento.

Para compreender essa ideia, é importante lembrar que Dejours (2012) compreende o trabalho em saúde como algo atravessado pela dinâmica prazer e sofrimento, no qual ocorre uma transformação do sofrimento em prazer por meio da produção de sentido sobre o trabalho. O processo de produção de sentido relaciona-se com o reconhecimento que os trabalhadores obtêm na vivência do trabalho (DEJOURS, 2012).

Reconhecimento pode ser entendido como uma retribuição de natureza simbólica, que na obra de Dejours, possui, ao mesmo tempo, a dimensão de *constatação* da contribuição do sujeito à organização do trabalho e de *gratidão* pela contribuição dos trabalhadores. O reconhecimento é composto pela realização de julgamentos que ocorrem a partir do trabalho realizado. Estes podem ser “julgamentos de utilidade”, proferidos, fundamentalmente, pelos superiores hierárquicos e “julgamentos de beleza”, expressos pelos pares, membros de uma equipe ou membros de uma comunidade de trabalho (DEJOURS, 1993, 2012).

No campo da pesquisa, a dimensão do reconhecimento apareceu como um aspecto favorável à realização do trabalho e para a cooperação entre os trabalhadores. Isso pode ser exemplificado a partir de um dos grupos focais: quando questionados a respeito dos motivos para o sucesso de um dos casos, o grupo destaca a importância da contribuição de uma das ACS

no cuidado ao usuário. Os trabalhadores reconhecem que o vínculo, a escuta e o empenho da profissional, no caso, foi um fator decisivo para que o usuário conseguisse se vincular à unidade e obter cuidado, apesar da gravidade de seu quadro de saúde e de sua dificuldade de adesão ao CAPS.

O grupo compreende que o fator principal para melhoria do estado de saúde do paciente foi o vínculo estabelecido com uma ACS da equipe. A profissional tem ofertado uma escuta atenta, aberta e sem julgamentos ao Sr. P., com isso conseguiu-se estabelecer uma relação de confiança em que ele tem seguido as orientações dadas e manteve o uso da medicação conforme prescrito. A ACS, apesar de não ser responsável pela microárea do Sr. P., mantém o acompanhamento do usuário devido ao vínculo estabelecido (Narrativa UBS-A).

No que diz respeito à relação NASF-AB/ESF, observa-se o reconhecimento da expertise do NASF AB em sua atuação no âmbito coletivo, a busca dos profissionais da ESF no apoio, inclusive, para a realização de grupos que são específicos da ESF, como o grupo de tabagismo. Algo que já relatamos anteriormente quando falamos a respeito do imaginário motor presente nas equipes.

É possível, então, compreender que o imaginário motor (ENRIQUEZ, 1974, 2001c) encontra-se atrelado à dinâmica de reconhecimento. Ao mesmo tempo em que permite a vinculação dos sujeitos em um projeto comum, tais construções imaginárias permitem o reconhecimento dos sujeitos no que diz respeito a relevância e utilidade do trabalho produzido. A percepção dos trabalhadores sobre seu próprio trabalho mobiliza sua continuidade, atribui sentido à sua prática e permite que a valorização do trabalho individual, mas também coletivo, aconteça.

Concordando com Dejours (1993, 2012), compreende-se que a mobilização subjetiva dos trabalhadores passa pela dimensão do reconhecimento que se encontra atrelada ao julgamento de utilidade e beleza. No caso dos profissionais do NASF investigado, seu histórico de atuação no município e a expertise no trabalho com os grupos da TCI, demonstram um reconhecimento entre os pares e por outros profissionais da proficiência e da beleza do trabalho construído. Esse reconhecimento mobiliza a cooperação entre os pares da equipe NASF, mas, também, a cooperação com as equipes ESF.

Por outro lado, em diversos momentos do trabalho de campo, foi ouvido um discurso a respeito do adoecimento psíquico de muitos profissionais, tanto dos serviços de saúde mental, quanto da Atenção Básica (ESF e NASF). Relatos de trabalhadores dos serviços de saúde mental sofrendo com a redução do número de profissionais no município (sem reposição) e aumento constante da demanda. No caso dos NASF, foi apontado um movimento de saída dos

profissionais das equipes, que pediam transferência para outros serviços do município, devido às dificuldades de lidar com a violência do território e precariedade das condições de trabalho.

Nas observações participantes foi possível ouvir a respeito do afastamento de diversos profissionais das eSF por problemas de saúde mental de várias unidades no município. Apontamentos de microáreas descobertas ou com pouca atividade devido ao adoecimento/afastamento/readaptação de profissionais. Alguns membros do NASF, por perceber a necessidade ou por uma solicitação da gestão, atuavam acolhendo as demandas de sofrimento dos trabalhadores que se apresentavam em diferentes unidades.

Quanto às razões para tal processo de adoecimento, os profissionais citam a precariedade do trabalho e a dificuldade de dialogar com os níveis hierarquicamente superiores sobre as mudanças que julgam necessárias. A impressão, ao longo do processo de observação participante, é de que ocorre algo como um “deixar fazer” por parte da gestão, o que produz uma sensação de desamparo para as equipes. A gestão libera as equipes para a realização de uma série de reuniões para discutir os processos de trabalho e para que tracem estratégias para transformação de tais processos, porém, quando é necessária uma tomada de decisão ou comparecimento dos gestores com capacidade de decidir sobre questões mais importantes em tais reuniões, não conseguem avançar e iniciar uma negociação. Essa situação causa um desgaste nos profissionais de saúde, o que contribui para que busquem transferência para outros setores dentro do município.

Durante um dos grupos focais na UBS-A, a questão do adoecimento no trabalho apareceu claramente na discussão de um dos casos. Algo que se expressou não apenas no discurso da enfermeira, como, também, na sua dificuldade em permanecer participando da discussão do caso. No momento em que o caso foi rediscutido, a partir da leitura da narrativa, a enfermeira entrava e saía constantemente do local onde estávamos, quando chamada pelos outros membros do grupo, desabafa sobre o sofrimento experimentado em razão do atendimento ao usuário.

Enfermeira (ESF): Não, eu acho que não tem mais o que fazer não, desculpa.

Moderador: Você acha que não tem mais intervenção possível?

Enfermeira (ESF): Não, assim, eu não tenho mais estrutura para intervir no caso.

Moderador lendo a narrativa: “Foi solicitado pela gestão que a equipe de saúde da família realizasse administração de medicação por via intramuscular no domicílio do usuário. Tal medicação fora prescrita por um médico do consultório de rua, mas, com o retorno do usuário ao território, deveria ser realizada pela unidade de saúde da família. O grupo ressalta que o usuário não possuía dificuldades de deambular, que justificassem a realização da medicação em domicílio. O grupo questiona a necessidade de intervenção domiciliar por longo tempo, uma vez que já haviam cessado as razões que justificaram as primeiras incursões para a casa de V. Ainda assim, não se conseguiu estabelecer um diálogo com a gestão para reavaliar a

necessidade e modo de realização de tal tarefa. Todo esse processo gerou sofrimento psíquico na equipe ESF, em especial em um de seus membros, que ficou mais diretamente responsável por este trabalho. O grupo se questiona: “até onde vai a nossa responsabilidade no caso?”

Enfermeira (ESF): Ou seja, eu já sabia que nada ia dar certo. Desculpa, mas infelizmente... Até porque eu já tive um sofrimento psíquico por esse caso, pode perguntar a ela como técnica de enfermagem, você já foi alguma vez lá? Se recusou a ir, por que...

(...)

Enfermeira (ESF): quando nós entramos aqui, isso já era feito onde ele estava pelo consultório na rua... aí a gente veio. No primeiro dia que eu vim para cá em 2015, eles falaram que agora é com a gente e como eles iam até ele, a gente tinha que ir até ele... aí isso foi ficando, foi ficando, até que se tornou insustentável pelas situações. Aí a gente levou para a coordenação e aí consegui conversar com a mãe. Acho que foi o psiquiatra que na interconsulta conseguiu fazer com que ele... aí a gente conseguiu fazer na casa dela, ela chamava ele para ir lá e depois ele vir aqui. Mas foi todo um trabalho com a mãe...

TO (NASF-AB): Mas foi meio assim o consultório na rua jogou aqui e ficou aqui...

Enfermeira (ESF): E a gestão não veio intervir, a gente é que foi resolvendo da melhor forma pra minimizar esse mal-estar que estava causando. E ele vinha, mas não podia esperar, ele vinha... mas tinha que ser tudo na hora que ele quer, se não fizesse na hora que ele queria ele ia embora. (Transcrição segunda rodada do grupo focal UBS-A)

Na perspectiva dos profissionais, houve pouco suporte dos gestores da atenção básica para buscar melhores soluções para o caso, o que pode ter contribuído para o sofrimento da trabalhadora. A profissional parece, também, ter encontrado pouco apoio entre os outros profissionais tanto da ESF quanto do NASF-AB, para buscar junto à gestão um melhor encaminhamento da situação problemática e suporte para si mesma. Alguma colaboração pode ser vista quando o psiquiatra que trabalhara no NASF-AB atuou no sentido de construir com os familiares do usuário uma estratégia para reverter esse problema. Porém, os efeitos de tal colaboração não foram suficientes para diminuir a tensão do caso porque a participação do psiquiatra parece ter levado um longo tempo para ser colocada em prática, e a relação entre a profissional e o usuário já se encontrava esgarçada.

Conforme afirmado anteriormente, a cooperação, de acordo com Dejours, depende do estabelecimento de relações de confiança entre os trabalhadores e entre estes e os gestores. No relato acima, a profissional parece não ter encontrado o suporte necessário para que pudesse confiar na gestão e nos colegas de trabalho, assumindo para si a responsabilidade para lidar com uma demanda imposta, sobre a qual não conseguia atribuir um sentido relacionado à cuidado, compreendendo-a como uma tarefa incongruente que despertava ansiedade e aversão.

5.2.2 Tensões e paradoxos nos processos de trabalho e cooperação das equipes NASF-AB/ESF

A observação da rotina de trabalho das equipes e das oficinas realizadas das equipes NASF-AB/ESF do município, bem como a realização dos grupos focais narrativos, possibilitou identificar alguns pontos de tensão na relação entre equipes NASF-AB e ESF. Entre tais tensionamentos, destacou-se o modo como estas lidam com a violência no território das UBS, o que expressava uma controvérsia na colaboração entre as equipes. Uma das equipes NASF-AB “optou” por diminuir sua atuação em unidades localizadas em lugares mais violentos da cidade, o que se tornou objeto de reclamação das eSF apoiadas, na medida em que, para elas, trabalhar em um local atravessado pela violência é percebido como uma obrigação e não como uma possibilidade de escolha. Já o NASF-AB teria a alternativa de “escapar” dos contextos mais precários, priorizando suas ações em territórios com menor risco.

Em uma das oficinas, os trabalhadores daquele NASF-AB justificaram a interrupção da frequência à unidade argumentando que, por frequentarem a unidade apenas semanalmente ou quinzenalmente, não eram conhecidos no território, o que os submetia a maior risco. Essa questão aparece, inclusive, no material produzido pelos trabalhadores para as oficinas NASF-AB/ESF, descrita como *“Inexistência de apoio para práticas de acesso seguro aos territórios que apresentam situações diversas de violência”*, sendo em um dos pontos elencados na definição do problema a *“Desarticulação das equipes mínimas e de NASF nos territórios para dialogar sobre o tema”*.

Retomando o que aponta Dejours (2012), a respeito de como os trabalhadores criam estratégias de defesa contra o sofrimento no trabalho, tais estratégias se fazem no âmbito individual, mas, também, coletivo. Podemos supor na situação analisada, no que se refere aos profissionais da ESF, que estes precisam, em alguma medida, se expor à uma violência real e imaginária existente no território para realizar o seu trabalho. Para isso, utilizam sua inteligência prática, mas, também, se ajustam em torno de estratégias coletivas, baseadas em confiança mútua, para lidar com tais condições pouco favoráveis e tornar o trabalho “possível”.

Fazendo uma alusão a afirmação de Dejours (2012) a respeito da cooperação, se os trabalhadores quando cooperam, o fazem *contra* alguma coisa, na situação explicitada, a cooperação dos trabalhadores da ESF pode se dar *contra* uma situação de trabalho que os expõe à violência. Assim, podemos compreender que as estratégias criadas no cotidiano para lidar com a violência no ambiente de trabalho são pouco compartilhadas com os trabalhadores do NASF-AB, na medida em que estes não sofrem e não precisam lidar com a exposição à violência da mesma forma.

Apesar de ficarem localizadas próximas a áreas de risco, nas unidades escolhidas para o aprofundamento do estudo (UBS-A e UBS-B) esta tensão não se fez presente. Os profissionais

das ESF, em especial os ACS, queixavam-se da violência no território e do sofrimento dela advindo, descreviam situações de medo, falavam a respeito de um assalto sofrido por um colega no horário de trabalho e de uma ocasião em que a unidade fora assaltada. Porém, esses relatos não apareciam acompanhados de críticas ou referências à equipe NASF-AB. Inferimos que tal diferença de experiências entre os NASF-AB possa ser atribuída ao fato de que os profissionais da equipe escolhida para aprofundamento do estudo, ainda que com menor frequência do que os profissionais das ESF, mantinham uma rotina de idas às unidades e realizavam algumas visitas domiciliares quando pactuadas.

Outro ponto de tensão observado nas oficinas de equipes NASF-AB/ESF do município foi a questão referente ao volume de reuniões proposto pelas equipes. Alguns profissionais do NASF-AB sinalizam a necessidade de retomar uma reunião específica para os profissionais de Saúde Mental dos núcleos, algo que, apesar de ter sido aprovado na oficina, não foi bem recebido por alguns dos profissionais da ESF presentes. Estes argumentavam que devido ao grande volume de reuniões, os profissionais do NASF-AB diminuiriam a frequência de trabalho em algumas unidades, pois havia um número expressivo de eSF apoiadas por cada equipe de apoio e a carga horária dos profissionais de saúde mental era de 20 horas semanais.

Na situação observada, os próprios profissionais da equipe NASF-AB que conduziam a oficina levantaram a necessidade da reunião, deixando pouco espaço para discordâncias quanto a isso. A nosso ver, esse quadro mostra, de certa forma, o impacto que o pouco apoio da gestão pode ter sobre a rotina de trabalho das equipes. Dialogando, mais uma vez, com a obra de Dejours (2012), é possível interpretar esse fato a luz da discussão que o autor faz a respeito da arbitragem.

A arbitragem diz respeito aos momentos em que a cooperação gera impasses nos quais se faz necessário que haja uma instância superior que decida a favor do trabalho. Para estabelecer regras de trabalho é necessário a construção de acordos entre os membros de um coletivo, porém a deliberação coletiva detém um poder de desestabilização do existente. Assim, a construção de consensos não é uma regra nos coletivos, o que leva a necessidade de, na ausência dos acordos, recorrer a arbitragem para que a organização do trabalho possa operar.

A noção de arbitragem coloca em cena a questão da autoridade e da cooperação vertical, “[a arbitragem] é estruturante para o coletivo e a cooperação se, e somente se, aquele que a sentença se coloca como fiador de suas consequências, sejam elas favoráveis, sejam desfavoráveis” (DEJOURS, 2012, p. 132).

A autoridade, na visão do autor, refere-se à noção de consentimento e não necessariamente de submissão, neste sentido ela não pode ser outorgada por decreto, mas parte

do reconhecimento conferido pelos trabalhadores a algum sujeito que ocupa uma posição superior e que, portanto, detém o mandato de organizar e decidir sobre o trabalho dos demais e que assume as consequências pelas decisões tomadas (arbitragem).

Assim como a cooperação horizontal, a cooperação vertical baseia-se, também, na atividade deôntica. A autoridade é, portanto, fruto da negociação entre os sujeitos e se faz por meio da persuasão, argumentação, discussão e demonstração, ela permite estabelecer a ligação de continuidade entre o trabalho individual e a obra coletiva.

A reflexão de Dejours (2012) a respeito da cooperação vertical é difícil de ser transposta para a realidade dos serviços públicos de saúde brasileiros, em que a escolha dos gestores, em grande parte das vezes, se vê distanciada de um diálogo com os trabalhadores e atende a critérios exteriores à organização do trabalho. Isso leva a modos de gerenciamento excessivamente hierarquizados ou distanciados dos problemas reais do cotidiano de trabalho das equipes, como o que foi observado no campo desta pesquisa.

No campo de pesquisa, conforme expomos anteriormente, se observou um esvaziamento da função de liderança da gestão da AB, um distanciamento que se expressava em termos de abandono no discurso dos profissionais, conforme explorado no item a respeito do imaginário da precariedade. De maneira semelhante ao que foi encontrado por Araujo e Galimberti (2013), foi identificada baixa responsabilização da gestão a respeito das situações críticas referentes a colaboração entre as equipes NASF-AB e ESF, o que ocorria, também, na articulação interna das próprias equipes. O que demonstra a necessidade ampliar o apoio organizacional à colaboração interprofissional, tanto nas equipes quanto entre os serviços, não dependendo exclusivamente, portanto, do esforço pessoal dos trabalhadores para a realização do trabalho em colaboração (SARAIVA, ZEPEDA, LIRIA; 2020).

Outro ponto de tensão identificado na relação entre a equipe NASF-AB e a eSF-A diz respeito ao modo como os usuários chegam para o atendimento da equipe de apoio, bastante distinto daquele preconizado nas normativas oficiais (BRASIL, 2008, 2014).

Tal como mostramos mais acima, no trabalho da equipe do NASF-AB em interação com a ESF-A, foram observados o atendimento a demandas pouco claras, sobre as quais os matriciadores, em muitas ocasiões, não possuíam informações, ou as quais não haviam sido alvo de uma discussão prévia com os profissionais das equipes de referência. Ademais, não parecia ter existido uma discussão qualificada sobre que casos ou de que forma a equipe de apoio deveria realizar os atendimentos individuais. Isso ocorreu mesmo em situações em que algum ACS acompanhava os atendimentos do NASF-AB, na medida que, em vários atendimentos tal profissional não era responsável pela microárea do usuário atendido e não

sabia a respeito da demanda que motivou o acionamento do apoio. Tratava-se de situações que denotavam que os casos, também, não haviam sido alvo de uma discussão na própria eSF.

Como vimos no capítulo anterior, nesta mesma unidade, tal questão apareceu, também, em um dos grupos focais através do caso da usuária que chegou até a equipe NASF-AB diretamente, sem antes ter sido atendida pelos profissionais da ESF. Processo que, de acordo com os profissionais, envolveu uma “falha no sistema”. Consequente da falta de transmissão dos conhecimentos obtidos nas “oficinas de equipe” para os profissionais que atuam na recepção e não participavam destas reuniões.

O termo oficina, no sentido utilizado pelos profissionais, parece denotar a ideia de um curso prático, algo no qual ocorre uma transmissão de conhecimentos, havendo, portanto, alguém que detém o saber e outro que recebe. No caso da discussão a respeito dos processos de trabalho, essa postura parece impor uma hierarquia velada abrindo pouco espaço para participação dos profissionais e obtendo, portanto, pouca participação destes no que fica decidido a partir dessas reuniões. Parte da equipe NASF-AB denotava, assim, apostar numa compreensão majoritariamente instrumental da organização dos processos de trabalho, para buscar uma melhor integração com as eSF. Algo que é possível identificar, também, em entrevista com uma profissional da equipe que aponta como um dos principais desafios para o trabalho do NASF-AB, a compreensão e aceitação dos profissionais da ESF e do próprio NASF-AB da metodologia do apoio matricial.

Outro desafio que acho importantíssimo é que os profissionais, como um todo, realmente consigam entender e aceitar o que é matriciamento. Esse é outro grande desafio. Porque, às vezes, as pessoas entendem, mas não aceitam. E, às vezes, as pessoas não entendem e aí quando não entendem não tem como dizer se aceitam ou não aceitam porque não entendem (Profissional de saúde do NASF-SM).

O trabalho prescrito para o NASF-AB, conforme relatado anteriormente, está atrelado à colaboração/integração entre as equipes. Porém, tal prescrição é vivenciada de maneira diferente entre as equipes - enquanto o NASF-AB necessita dessa integração para conseguir realizar o seu trabalho, a eSF consegue trabalhar e produzir valor de uso para os usuários independentemente de sua colaboração com a equipe de apoio, ainda que tenham dificuldades ou permaneçam imobilizados frente a alguns casos. Tal como também indicam (BARROS et al., 2015), as ações compartilhadas com a equipe de apoio são vistas como acréscimo de trabalho para os profissionais da eSF, que precisam reorganizar o seu cotidiano assistencial para incluir os matriciadores.

Do ponto de vista do matriciador, há um movimento constante de incluir os outros profissionais e “explicar” a lógica do apoio matricial, enquanto para os profissionais da equipe mínima a lógica do encaminhamento e da divisão de responsabilidades diminuiria o volume de trabalho e de casos a se responsabilizarem. Simultaneamente, há um número muito grande de equipes a serem apoiadas pelo NASF-AB; equipes de NASF-AB desfalcadas; pouco apoio da gestão aos processos de trabalho de ambas as equipes e, portanto, pouco apoio nos processos de colaboração entre elas; baixa infraestrutura para realização do trabalho; sentimento de desvalorização no trabalho que dificulta o reconhecimento e a transformação do sofrimento em prazer.

Para lidar com essas diferenças no modo de experimentar e pensar o trabalho, a equipe NASF-AB colocou algumas regras voltadas a ampliar a colaboração entre ela e as eSF. Contudo, o efeito dessas regras parecia ser paradoxal.

Tal como indicamos no capítulo anterior, a equipe NASF-AB estabeleceu a exigência de que algum membro da ESF estivesse presente em todas as ações da equipe (coletivas ou individuais). Em geral, os ACS eram os profissionais delegados pelas eSF para participar das ações do núcleo, mas, comumente eram pouco participativos ou envolvidos com os casos em atendimento, o que ilustramos no trecho abaixo.

Registro em diário de campo 14/05/2019 – 14:00 às 17:00

Observação do atendimento compartilhado da TO NASF-AB (Saúde Mental) com uma ACS. A ACS permaneceu a maior parte do tempo na porta da sala, pois naquele dia estava responsável também pela recepção da unidade. ACS não falou em nenhum momento do atendimento e permaneceu grande parte do tempo olhando para o celular.

Registro em diário de campo 30/07/2019 – 14:00 às 17:00 – UBS-B

Observação da Terapia Comunitária Integrativa

Grupo foi conduzido pelo psicólogo do NASF-AB. Encontravam-se presentes, além de mim, uma acadêmica de medicina, uma ACS e três usuárias. A ACS não falou durante todo o grupo, ficou na sala por um tempo, porém, grande parte do tempo, olhando para seu celular e permaneceu o tempo todo com fones de ouvido.

Outro objeto de tensão com a ESF-A foi o estabelecimento, feito pelo NASF-AB, de que todos os seus membros estivessem juntos (mesmo dia e horário) nas mesmas unidades. Num contexto de restrições de espaço físico, essa exigência acabou por dificultar a organização do trabalho.

Em uma das observações da rotina da unidade, uma ACS queixa-se da indisponibilidade da equipe de apoio em atender os casos identificados em sua área. Associa tal acontecimento à ausência de salas para atendimento e à decisão por parte dos profissionais do NASF-AB de atuarem ao mesmo tempo na unidade. Relata que esse é um pensamento comum entre os ACS

e que, por causa disso, os profissionais da equipe estavam deixando de compartilhar as demandas que identificam no território com o NASF-AB. Com isso, ressalta, também, a diferença a respeito de como a pressão assistencial é sentida pelas equipes de apoio e referência.

Registro em diário de campo 21/08/2019 – Período da Tarde– UBS A

A profissional do NASF-AB conversa com a agente que havia feito o discurso anteriormente. A ACS, bastante nervosa (chorando), queixa-se do não atendimento de um usuário de sua microárea, sobre o qual já havia conversado com a equipe NASF-AB. Relata que por morar no território da unidade, a promessa frustrada de atendimento pela equipe de saúde mental do NASF-AB, tem provocado problemas na sua relação com os usuários da comunidade, o que ocorre inclusive nos momentos de sua folga. Enquanto os profissionais do NASF-AB, por não residirem no local e trabalharem na unidade apenas um dia na semana não são impactados pela demanda e pelas queixas dos usuários.

Essas regras, apesar de objetivarem manter as características da metodologia do apoio matricial, evitando que os profissionais do NASF-AB restrinjam sua prática ao atendimento individual, são fontes de tensionamentos com parte importante dos profissionais das ESF. Embora visem expandir a colaboração, podem não fazer sentido para parte dos trabalhadores ou podem adquirir um sentido de invasão e constrangimento.

Conforme aponta Dejours (2004), a tentativa de prescrever cooperação pode levar a injunções paradoxais. Estas são regras que se apresentam como contraditórias para os trabalhadores que, diante da falta de sentido em segui-las, apresentam resistências de diversas formas. Tal conceito é explorado, também, por Vincent Gaulejac em seu livro “*Gestão como doença social*” ao abordar os efeitos que a gestão da qualidade total pode ter sobre os trabalhadores (GAULEJAC, 2007).

Para Gaulejac (2007), há regras que apresentam contradições insolúveis no âmbito das organizações, como, por exemplo, a valorização do trabalho em equipe simultânea à implementação de técnicas de gerenciamento por meio de recompensas e sanções às ações individuais. De acordo com autor, quando são confrontados com lógicas contraditórias, para manter sua saúde mental, os trabalhadores têm a necessidade de fazer compromissos, inventar soluções, afastar os procedimentos: Para ele, “como as resistências não podem se exprimir sob a forma de críticas abertas, elas se exprimem de modo incongruente, como os mecanismos de defesa detectados pela psicanálise” (GAULEJAC, 2007, p. 107).

O autor identifica três formas de defesa que os trabalhadores utilizam diante das injunções paradoxais, defesas estas que, em geral, apresentam-se de formas combinadas, diante das conjunturas institucionais de cada momento e das próprias exigências psíquicas dos sujeitos. A mais frequente é uma clivagem entre o “eu oficial” na organização, que manifesta

seu entusiasmo e sua adesão aos projetos e um “eu privado”, que murmura suas reticências e críticas. Outra defesa se expressa no comportamento dos trabalhadores que se deixam instrumentalizar, renunciando, ao menos aparentemente, a seu direito de produzir sentido sobre sua atividade e aceitando tacitamente o sentido prescrito. Há, ainda, trabalhadores que apresentam uma forma de resistência que o autor descreve como “greve do zelo”, algo que poderia talvez ser descrito, também, como “operação-tartaruga” ou “operação-padrão”, que consiste em aplicar as normas e os procedimentos literalmente, até que essa aplicação bloqueie o funcionamento dos processos de trabalho (GAULEJAC, 2007).

O autor elabora suas reflexões, referindo-se à submissão dos trabalhadores a programas de trabalho nos moldes da *Total Quality Management* (Gestão da Qualidade Total). Porém, podemos entender que os efeitos das injunções contraditórias/paradoxais podem se referir, também, a situações em que o gestor ou a liderança no trabalho impõem, ainda que de forma “bem intencionada”, processos de trabalho que não foram objeto de uma reflexão coletiva e que, por serem contraditórios com a lógica do trabalho, mostram-se esvaziados de sentidos para os trabalhadores que precisam realizá-los.

A exigência de participação de um profissional da eSF em todas as ações do NASF-AB tem efeito paradoxal na medida em que busca ampliar a colaboração por meio do estabelecimento de uma regra, que não foi construída em comum acordo com todos os profissionais e não parecem proporcionar o sentido de colaboração ativa no cuidado. Consequentemente, não resultam em engajamento ou mobilização de zelo nas atividades compartilhadas por parte de tais profissionais.

Ainda que na maior parte do tempo não fosse identificada uma objeção clara a tais regras, foi possível observar, em alguns momentos, uma resistência dos profissionais diante de tais injunções. A resistência de tais trabalhadores parece se manifestar de forma semelhante as estratégias de defesa descritas por Gaulejac (2007), em especial, a renúncia à produção de sentido para a atividade e o cumprimento desimplicado do que foi prescrito.

5.2.3 Compartilhamento da responsabilidade entre os profissionais das eSF e NASF-AB

Os profissionais do NASF-AB, em diversos momentos ao longo da pesquisa de campo, tanto na observação dos processos de trabalho, quanto nos grupos focais, reiteram que a eSF é a “referência” no atendimento dos usuários acompanhados, denotando que a equipe de apoio tem baixa responsabilidade sobre o acompanhamento dos usuários. Expressões como “eles são

a REFERÊNCIA do caso” foram comuns na equipe acompanhada. A palavra “referência” assume o sentido de centralidade no cuidado do usuário (profissional ou equipe ao qual ele deve se referir prioritariamente), mas, também, de responsabilidade principal ou exclusiva, tal como ilustrado através do trecho a seguir:

Profissional de saúde do NASF - A gente está tentando construir esse fluxo, a partir dessas visitas com a estratégia, pois a estratégia é a referência (Transcrição Grupo Focal UBS-A 2ª rodada).

Esta concepção a respeito da responsabilidade pôde ser verificada também na discussão de casos no grupo focal em que era perceptível que o papel de condução dos casos, em especial os de maior complexidade, ficavam a cargo dos profissionais da eSF. Na discussão dos casos na UBS-B, os profissionais relatam que o trabalho do NASF-AB se direcionava mais aos usuários com problemas de menor complexidade e que se inseriam nos grupos da unidade. Os usuários com problemas de maior complexidade, mantinham-se em acompanhamento com a eSF, que tinha o NASF-AB como uma espécie de “consultor” para o cuidado.

De acordo com o grupo, em geral, são compartilhados com o NASF-AB casos mais simples que frequentam a Terapia Comunitária Integrativa e o grupo de Mindfulness . São pacientes que possuem transtorno mental leve/moderado como a Sra. M.H. e o Sr. E. e que fazem uma boa vinculação com a unidade (Narrativa grupo focal UBS-B).

O matriciamento era visto pelos profissionais do NASF-AB, em alguns momentos, a partir do prisma do compartilhamento de saberes e da realização de atividades coletivas, denotando uma preferência pela função técnico-pedagógica do NASF-AB, em detrimento da função de retaguarda clínico-assistencial. Ainda que em uma das unidades a prática da equipe se direcionasse mais fortemente para a atenção individual, havia pouco compartilhamento de responsabilidade com as eSF no acompanhamento dos usuários com problemas complexos.

Porque matricular, para mim, é você apoiar, é você inovar, é você incentivar, é você dar ideias, é você contribuir com o seu saber, é você compartilhar o saber (Profissional de saúde do NASF em entrevista).

Conforme aponta Tesser (2017), pode ser identificada na produção acadêmica a respeito do apoio matricial uma controvérsia no que diz respeito ao peso atribuído às atividades de suporte técnico-pedagógico e de retaguarda assistencial. Compreendemos que essa controvérsia desemboca em desafios para o compartilhamento das responsabilidades no cuidado entre as equipes de referência e de apoio matricial.

O arranjo organizacional Equipe de Referência e Apoio Matricial (CAMPOS, 1999; CAMPOS E DOMITTI, 2007; CUNHA E CAMPOS, 2011) altera a noção tradicional de referência e contrarreferência, mantendo a responsabilidade principal pela coordenação e condução de um caso com a equipe de referência (que, na AB, se identificam com as eSF), ainda que tenha sido necessário acionar um especialista de apoio ou realizar um encaminhamento para a atenção especializada. Considera-se, portanto, que especialistas de modo isolado não podem assegurar uma abordagem integral aos usuários e que tal metodologia amplia as possibilidades de construção de vínculos entre profissionais e usuários, permitindo, dessa forma, um acompanhamento longitudinal dos casos.

De maneira um pouco diferente, o documento que rege a atuação dos NASF-AB (BRASIL, 2014) compreende a responsabilidade sanitária destes núcleos como complementar à das eSF. Estas são consideradas referência pelo cuidado de certa população em um território sob sua responsabilidade, portanto devem estar acessíveis para acolher a demanda espontânea e para a condução longitudinal dos casos. Já o NASF-AB, teria como missão ampliar o escopo e abrangência das ações na AB, devendo ser corresponsável pelos usuários adscritos às eSF e tendo responsabilidade quanto à regulação do acesso aos demais pontos ou serviços das RAS. Entretanto, o documento não esclarece em que consiste e como operacionalizar a corresponsabilidade do NASF-AB pelos usuários referenciados às eSF.

No caso do cuidado em saúde mental, há ainda uma questão adicional. A portaria nº 3.088 que institui a RAPS no seu artigo 7º inciso 3º afirma que “a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso” (BRASIL, 2011), o que imprime mais um entroncamento no que diz respeito a responsabilidade e gestão do cuidado.

Tesser (2017) pondera que a origem comum da noção de apoio matricial com as experiências institucionais voltadas para a transformação das práticas de cuidado e democratização da gestão em saúde pode ter contribuído para um distanciamento das equipes de apoio da ação clínica direta com usuários referenciados. Adicionalmente, em sua leitura, o afastamento dos profissionais do NASF-AB da pressão assistencial na AB pode levar ao que ele chama de *apartheid* entre as equipes NASF/ESF, a partir do qual as últimas suportam a pressão assistencial enquanto os matriciadores permanecem protegidos por restrições de agenda ou desvio para ações generalistas. Assim, rompe-se ou fragiliza-se a parceria, a cumplicidade e os compromissos mútuos entre os profissionais para com o cuidado, elementos que, na visão do autor, são pré-requisitos para a efetividade do suporte técnico-pedagógico.

Ainda no mesmo artigo, Tesser (2017) faz uma ressalva no que diz respeito à saúde mental, ressaltando o caráter de grande prevalência das necessidades de cuidado, considerando a possibilidade de inclusão de especialistas na eSF. Desse modo, tal afirmação nos leva ao problema do dimensionamento do NASF-AB diante da quantidade das equipes de SF apoiadas. Quais seriam as possibilidades dos profissionais de saúde mental do NASF-AB assumirem a corresponsabilidade sobre os problemas de saúde mental do território de até nove (09) equipes de saúde da família de maneira efetiva? Quais seriam as capacidades de os matriciadores do NASF-AB responsabilizarem-se pelos problemas de saúde mental numa rede com pouca capacidade de absorção dos casos mais complexos?

Nossa interpretação, junto de outros pesquisadores (SAMPAIO et al., 2012; ARAUJO e GALIMBERTTI, 2013; BARROS et al., 2015; TESSER, 2017) se dá no sentido de que a baixa responsabilização dos profissionais do NASF no cuidado encontra raízes no insuficiente direcionamento político e técnico assistencial para o trabalho e na natureza ambígua do discurso oficial a respeito da função de tais equipes. Mas, também, associamos a baixa responsabilização a uma estratégia de defesa profissional contra o sofrimento advindo do confronto com uma demanda vista como insolúvel, dada as precariedades já elencadas ao longo da descrição do campo estudado.

O compartilhamento de responsabilidade é aspecto decisivo para a colaboração entre os profissionais, na medida em que a responsabilidade pelo acompanhamento longitudinal dos usuários é um atributo indissociável do cuidado em saúde, em especial na Atenção Básica. Porém, a condição de trabalho a que se encontram submetidas as equipes NASF-AB, associado à percepção dos profissionais da ESF acerca dos problemas de saúde mental (em geral, entendidos como de natureza “especial” e, portanto, necessitados de acompanhamento especializado), poderia conformar uma demanda penosa quase insustentável para os apoiadores.

Dessa forma, é possível compreender que a indicação de compartilhamento da responsabilidade entre as equipes NASF-AB e ESF no cuidado aos usuários pode ser vista como uma injunção paradoxal (DEJOURS, 2004; GAULEJAC, 2007), quando os elementos para tal compartilhamento não se encontram disponíveis. Quando não se tem o tempo, os instrumentos e o apoio necessário para lidar com as demandas identificadas no território, o objetivo de compartilhar a responsabilidade sobre o cuidado aos usuários, previsto nos documentos do MS a respeito do trabalho do NASF-AB, se mostram no limite do impossível. Uma exigência, portanto, desproporcional para os trabalhadores, o que os leva a uma inflexão no discurso sobre

o apoio matricial, exemplificado pelo sentido atribuído à palavra “referência”, bem como pela construção de estratégias para lidar com o excesso de demanda que se apresenta nos serviços.

Observamos um exemplo de tentativa de lidar com a demanda sentida como desproporcional numa reunião de profissionais de saúde mental dos NASF-AB. Nesta ocasião havia muitas queixas de que as eSF realizavam contínuas solicitações de atendimentos individuais aos psicólogos dos NASF-AB. Frente a este quadro, as equipes NASF-AB optaram por fortalecer, junto às eSF, a ideia de que os cuidados em saúde mental não se restringem ao atendimento individual com psicólogos, de tal forma que outros profissionais do NASF-AB também pudessem acolher as demandas. Procuraram enfatizar o risco de que o excesso de atendimentos psicológicos individuais poderia se assemelhar à atenção ambulatorial.

Essa estratégia tinha como objetivo lidar com a pressão assistencial que advém tanto da grande prevalência de problemas de saúde mental, quanto da fragilidade da rede de atenção psicossocial em absorver as necessidades identificadas na AB, pressão que também é fruto da fragilidade das eSF para lidar com os problemas de saúde mental para os quais veem a necessidade de cuidados majoritariamente no âmbito individual curativo a ser realizada por profissionais “psi”.

O exemplo acima demonstra a dinâmica insustentável entre a pressão assistencial e a possibilidade de os NASF suprirem-na por meio de atendimentos individuais, distanciados de uma lógica colaborativa. Diante de tal demanda, criaram estratégias para lidar com a pressão assistencial que, ainda que tenham efeito positivo para o conjunto de trabalhadores e expresse sua solidariedade enquanto grupo (profissionais de Saúde Mental dos NASF), deixam de abordar alguns desafios que consideramos fundamentais. Tais obstáculos estão atrelados à dificuldade estrutural das UBS para realização de atendimentos individualizados pelo NASF, à pouca estruturação do trabalho colaborativo entre as equipes, às dificuldades dos profissionais da ESF no acompanhamento aos usuários com problemas de saúde mental e, ainda, ao baixo acesso a outros serviços da rede de cuidados. Compreende-se que a criação dessas estratégias está associada a baixa governabilidade sobre tais obstáculos, mas é importante observar que elas pouco impactam no problema organizacional e estrutural.

5.2.4 A cooperação entre os trabalhadores e sua capacidade de operar transformação no cuidado

Tal como vimos anteriormente, de acordo com os documentos norteadores do trabalho do NASF, espera-se que este arranjo possa contribuir para ampliar a capacidade de cuidado das

eSF, por meio do compartilhamento no manejo dos problemas identificados na AB. Tal compartilhamento de ações pode se dar “por meio de **“transferência tecnológica”** cooperativa e horizontal, isto é, apoio pedagógico que progressivamente produz mais autonomia para as equipes” (BRASIL, 2014, p. 20) que, posteriormente, podem desenvolver tais ações por elas mesmas.

Em um sentido semelhante, expandindo a ideia de transferência tecnológica defendida no documento oficial, Panizzi et al., (2017) defendem a capacidade do NASF-AB provocar reestruturação produtiva na AB. Conforme colocamos anteriormente, a ideia de reestruturação produtiva utilizada, desenvolvida a partir Franco e Merhy (2013), compreende um processo de apropriação de novas tecnologias de trabalho por parte dos trabalhadores, voltadas para a ampliação da clínica, acompanhadas de uma reorganização das rotinas e fluxos de trabalho e de um processo de compartilhamento das decisões.

Nos estudos de caso desenvolvidos pela autora em uma pesquisa avaliativa (PANIZZI, 2015), o NASF-AB desempenhou um papel importante na reorganização dos processos de trabalho na AB, participando de uma mudança de atitude dos trabalhadores, que, convidados a pensar e questionar suas ações, foram capazes de ressignificar sua prática em saúde.

Nossos resultados se dão em um sentido um pouco diferente. Por um lado, indo ao encontro do que é abordado por Panizzi et al., (2017), o NASF-AB protagoniza a oferta de atividades em grupo e de educação em saúde, com especial destaque no caso da saúde mental para a prática da TCI, promovendo uma compreensão do serviço de saúde para além do foco na doença e expandindo a ação dos profissionais para a prática da promoção da saúde. Conseqüentemente, atua como um elemento bastante potente na desmedicalização do cuidado em umas das UBS, conforme já exposto em outros momentos deste trabalho. Por outro lado, foi possível perceber que o NASF-AB apresentou pouca capacidade de operar transformações na micropolítica das relações de cuidado operadas na atenção primária, especialmente em sua dimensão ética.

No que diz respeito às discussões de caso nos grupos focais, as equipes não apresentaram grandes discordâncias acerca da visão a respeito dos usuários e do cuidado em saúde mental. Em uma das unidades, um discurso moralizante, bastante presente no senso comum sobre os problemas em saúde mental/álcool e outras drogas, permaneceu operando na discussão de casos complexos, a partir de colocações tanto dos profissionais da eSF, quanto do NASF-AB. Tal como os trechos abaixo ilustram, os apoiadores reforçaram comentários dos profissionais da eSF, sem ponderações ou questionamentos capazes de produzir alguma dúvida

sobre a lógica predominante e pouco orientada por uma relação singular com o usuário e sua família.

Moderador: Mas vocês acham ainda assim que isso é impossível? De ele ter se intensificado? Porque podem haver diversas formas de uso que são mais ou menos problemáticas, esse acontecimento, pode ter amplificado esse problema? [o acontecimento diz respeito ao fato de o usuário ter perdido os dentes após um acidente]

TO (NASF-AB): Pode, pode. Pode ter amplificado, mas ele não é o gatilho, entendeu.

Fono (NASF-AB): é... eu não acompanhei esse caso. Esse paciente V não tem nenhuma história pregressa que possa ter acontecido nessa família com esse paciente V a nível de desestrutura familiar?

Enfermeira (ESF): A separação dos pais né.

TO (NASF-AB): Tem separação dos pais, superproteção dessa mãe, ao mesmo tempo um abandono

Enfermeira (ESF): Uma desestabilidade familiar...

TO (NASF-AB): Total

Moderador: E essa perda dos dentes, foi algo que impacta na imagem dele?

Enfermeira (ESF): Não, mas também ele concertou

Fisio (NASF-AB): Vamos dar uma dentadura para ele vai ficar com os dentes lindos...

TO (NASF-AB): Eu acho que aconteceu tudo ao mesmo tempo...

De modo geral, o tratamento das pessoas com problemas decorrentes de uso de drogas era associado, exclusivamente, à abstinência, sem consideração à garantia de direitos e à necessidade de melhorias nas condições de vida do usuário. O texto abaixo ilustra certa identificação da equipe com a mãe de um paciente e a sua dificuldade em reconhecê-lo para além do uso de drogas.

Moderador: Aí se colocam algumas perguntas, que eram um pouco o que estávamos conversando há pouco: o que o CAPS diz a respeito desse diagnóstico. Pensando que alguns casos de diagnóstico de psicose necessitam de algum tempo e de atendimento especializado para poder fazer esse diagnóstico e talvez o CAPS tivesse uma capacidade maior de identificar. O diagnóstico tem uma função de compreender melhor o caso, a pessoa e intervir de maneira mais adequada e as vezes até de conseguir algo que ele precise... um laudo para benefício social ou aposentadoria que sem o diagnóstico ele....

Enfermeira (ESF): Mas ela não quer. Ela falou que se ele tiver mais dinheiro, vai comprar mais droga. A mãe falou para mim, que é melhor que ele não tenha nenhum tipo de renda.

TO (NASF-AB): Na verdade, o uso de substância não dá direito a nada, tá.

Moderador: Por isso que falo o laudo da “possível psicose”

TO (NASF-AB): E ele só teria direito ao auxílio-doença se ela tiver contribuído para o INSS. Aposentar ele direto, esquece que ela não consegue, ainda por cima com o governo que a gente tem hoje.

Moderador: Assim, tem vários casos de pessoas

Enfermeira (ESF): Tipo BPC, mas ela falou que não quer.

TO (NASF-AB): Mas para BPC ele não consegue, tem que ter um laudo muito incapacitante

Há, ainda, uma reflexão a respeito da impossibilidade da lógica de trabalho da redução de danos para o usuário que, de acordo com uma profissional do NASF-AB, não teria condições

cognitivas para compreender a abordagem. Algo que denota uma compreensão instrumental da metodologia e dificuldade em apostar na potência do usuário e das possibilidades de tratamento.

Enfermeira ESF: Então assim, a gente sabe dessa demanda, mas ela [mãe do usuário] não queria essa demanda, ela quer que a gente resolva o problema dele, que ele pare de usar droga. Eu falei que o dia que ela conseguisse alguém que faça isso eu quero ir para aprender, porque é difícil.

Moderador: Assim, em vários lugares, em vários estudos aponta que a pessoa... Algumas pessoas não conseguem parar, então assim, alguns tratamentos são no sentido de você conseguir reduzir o dano que aquilo provoca ...

TO-NASF-AB: Mas ele não tem nem como a gente trabalhar redução de drogas com ele.

Moderador: Por quê?

TO-NASF-AB: Porque ele não alcança. A questão mental e tudo ele não alcança. A compulsão dele é muito grande, ele não... Assim, por trabalhar em AD também, eu posso falar isso, quando a gente trabalha na redução na consciência ele não consegue buscar essa consciência, tanto que a desculpa dele é assim, “A minha irmã usa”.

O compartilhamento de visão a respeito do cuidado aos usuários entre profissionais das equipes ESF e NASF-AB foi expresso na discussão do caso acima, porém não caminhou no sentido de uma ampliação das possibilidades de tratamento e de uma forma de cuidado que reconheça a autonomia dos usuários, o que pode ser analisado de duas formas distintas, porém complementares.

Por um lado, temos a expressão de um imaginário instituído sobre a loucura e sobre o uso de álcool e outras drogas que possui grande força e traz consigo uma série de sentidos e práticas. Tal imaginário representa a pessoa diagnosticada com um problema de saúde mental, como paciente difícil, problemático, perturbador, complexo e imprevisível, o que influencia negativamente a qualidade do cuidado prestado pelos profissionais de saúde (PRADO, 2015). Além disso, prevalece a concepção do usuário com problema de saúde mental como alguém perigoso, sobre o qual há pouca possibilidade de intervenção para além do encarceramento. Na mesma direção, o uso de drogas é associado a um desvio moral, cuja melhora necessita, inevitavelmente, da abstinência. Essas formações imaginárias instituídas sobre a loucura podem ser dominantes nos serviços da AB, o que limita a capacidade do NASF-AB operar inflexões nas concepções e modelos de cuidado. No campo observado, contudo, mais do que ter suas possibilidades de interferência limitadas, os profissionais do NASF-AB parecem, em alguns momentos, compartilhar tal imaginário ou terem sido fortemente absorvido por ele.

Por outro lado, tal compartilhamento pode ser lido como a expressão de estratégias coletivas de defesa contra o sofrimento no trabalho, impactando sua organização. As pessoas se reúnem em torno de construções psíquicas coletivas e inconscientes sobre o trabalho e os usuários dos serviços de saúde, construções através das quais se protegem contra a precariedade

e a baixa expectativa de melhoria das condições de trabalho. Dessa forma, tomam a complexidade dos problemas dos usuários como o obstáculo intransponível sobre o qual muito pouco ou quase nada podem fazer.

A esse respeito, cabe a discussão sobre os limites axiológicos da cooperação proposta por Dejours (2012), em seu livro *“Trabalho vivo: Trabalho e Emancipação”*, a partir da abordagem da dimensão ética da cooperação. O autor parte do questionamento sobre a possibilidade de que a construção coletiva do trabalho beneficie diretamente o “mundo”, no sentido ético e político de construção coletiva de um terreno comum no qual a vida possa ser vivida plenamente. Respondendo a esta questão, ele afirma que, em certos casos, “a solidariedade nascida do trabalho pode ser colocada a serviço do pior, a serviço da produção do mal” (DEJOURS, 2012, p. 113),

Dejours recorre a Freud (1996), o qual afirma que o interesse da comunidade no trabalho não seria capaz de manter a coesão social, evitando sua constante ameaça de desagregação. Os laços amorosos nem sempre sobrevivem quando a alteridade é incluída ou reconhecida nos grupos, porque ela pode ser sentida como ameaça à coesão que se forma a partir de processos identificatórios entre sujeitos que se reconhecem como iguais. É comum que estes se defendam com reações agressivas àqueles que representam a diferença. Assim, a diferença pode ser vista pelos sujeitos como ameaça, como algo que impede o desenvolvimento das potencialidades individuais dos integrantes de um grupo.

Nessa direção, a cooperação não significa solidariedade àqueles que não pertencem ao coletivo formado. Dejours (2012) toma como exemplo a separação entre trabalhadores do quadro de uma empresa e trabalhadores terceirizados. Os primeiros podem cooperar a despeito e, às vezes, de forma contrária, aos terceirizados com os quais dividem o mesmo espaço. Para ele, a cooperação, ainda que cultive o entendimento, não está axiologicamente acima de qualquer suspeição e pode, inclusive, estar colocada a serviços da banalização do mal (DEJOURS, 2012).

Transpondo essa reflexão para o trabalho em saúde, podemos dizer que a cooperação entre os trabalhadores não é garantia de construção de uma ação coletiva voltada para a complexidade das necessidades de saúde dos usuários. Assim, ela é condição necessária, porém insuficiente para uma prática de colaboração interprofissional que tenha como norte fundamental a produção de valores de uso para os serviços de saúde.

Concordando com a reflexão de Campos (2000), é possível compreender que a produção do cuidado depende de lidar com os conflitos decorrentes do antagonismo entre a necessidade de concretizar os objetivos primários da organização (e, portanto, atender as necessidades dos

usuários) com o objetivo secundário de garantir a sobrevivência da instituição e os interesses dos trabalhadores. Há, portanto, o desafio de associar os interesses individuais dos sujeitos com os interesses da produção de valores de uso na instituição (CAMPOS, 2000).

Assim, é possível compreender que parte do problema da colaboração interprofissional se coloca na negociação desse antagonismo. A cooperação entre os trabalhadores é um elemento que viabiliza uma ação articulada, porém para que tenhamos um grau mais elevado de colaboração interprofissional usuário-centrada, tal ação precisa estar conectada com a produção do cuidado em saúde que, em seu conceito ampliado, visa incluir o reconhecimento da autonomia do usuário (CAMPOS e CAMPOS, 2006).

Por outro lado, aponta-se que, em geral, o paternalismo na relação de cuidado é reduzido quando o usuário é atendido por uma equipe interprofissional em comparação com um atendimento por um profissional trabalhando isoladamente (D'AMOUR et al., 2005). Sendo assim, o reconhecimento da autonomia dos usuários nos parece ser, ao mesmo tempo, a imagem-objetivo que justifica a colaboração interprofissional e algo que direciona as balizas para a construção de trabalhos colaborativos. Dessa forma, experiências de trabalho colaborativo se beneficiariam de estratégias de inclusão dos usuários no planejamento e execução das ações realizadas pelas equipes seja em nível individual ou coletivo.

Retomando a questão da reestruturação produtiva (PANIZZI et al., 2017), observa-se uma expectativa de que o NASF-AB, ao se inserir no cotidiano da AB e, portanto, estabelecer relações de cooperação com as eSF, teria como potência a transformação dos modos de fazer na APS. Todavia, a nosso ver, ainda que o NASF-AB possua essa capacidade transformativa, nada garante que o movimento contrário, também, não possa ocorrer e que o instituído presente nas UBS e no próprio senso comum a respeito da loucura, possam se impor como compreensão central na cooperação entre os trabalhadores, ainda que os profissionais matriciadores tenham uma compreensão mais ampla sobre o cuidado em saúde mental.

Assim, atribuir ao NASF-AB a capacidade de provocar inflexões nesses modos de ver e agir pode estar superdimensionando sua capacidade de provocar transformação no cuidado, ou ainda, imputando à interação entre os trabalhadores, a capacidade de operar transformações éticas que estão para além dos vínculos que tais trabalhadores estabelecem entre si.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou analisar a colaboração interprofissional entre trabalhadores de diferentes serviços no cuidado em saúde mental, considerando a interdependência entre aspectos estruturais, organizacionais e intersubjetivos, a partir da experiência do NASF-AB em um município do estado do Rio de Janeiro.

Consideramos que os aspectos estruturais foram relevantes para as possibilidades de estabelecimento de relações mais colaborativas entre os trabalhadores, em especial no que diz respeito aos efeitos das fragilidades reconhecidas. Podemos citar, por exemplo, os desafios enfrentados pelas equipes quanto à disponibilidade de espaço físico adequado para as atividades e à disponibilidade de transporte, tanto para as equipes da AB, quanto para as equipes dos demais serviços da rede de cuidados em saúde mental. Tratam-se, como sabemos, de recursos fundamentais para realização de atividades importantes no trabalho colaborativo, como visitas domiciliares compartilhadas e visitas institucionais. Outro aspecto estrutural relevante refere-se ao dimensionamento das equipes de AB diante da demanda presente no território, bem como o dimensionamento do NASF-AB diante do grande número de equipes ESF a serem apoiadas. Tal fragilidade estrutural pode contribuir para um descompasso entre o compartilhamento de responsabilidades entre as equipes NASF-AB/ESF e a capacidade do NASF-AB para operar retaguarda clínico-assistencial efetiva.

Na realidade analisada pôde ser identificado um conjunto de serviços atuando de maneira fragmentada, com dificuldade de prover acesso aos usuários atendidos na AB, baixa comunicação entre os serviços, dificuldades de compreensão dos fluxos de acesso aos demais pontos de cuidado em saúde mental. Conforme expusemos, as dificuldades referentes à disponibilidade e modo de funcionamento da atenção especializada tende a intensificar a descontinuidade e fragmentação dos projetos terapêuticos iniciados na AB.

A partir da reflexão a respeito da noção de imaginário (CASTORIADIS, 1982; ENRIQUEZ, 2001), ressaltamos a indissociabilidade entre as dimensões real e imaginária dos fenômenos experimentadas pelos sujeitos, o que ajuda na compreensão das transformações e das cristalizações que ocorrem na sociedade. Dentre tais cristalizações, durante o trabalho de campo, destacou-se uma espécie de compartilhamento da impotência de ação, o que entendemos como uma construção imaginária, que se alimenta da precariedade da realidade concreta, ao mesmo tempo que contribui para cronificá-la.

A esse respeito, é válido ressaltar o contexto sociopolítico do momento em que foi realizado o estudo. A pesquisa foi realizada em um momento em que havia uma ameaça

constante de desmantelamento da PNAB e, ainda que a mudança do financiamento na AB tenha passado a vigorar apenas em um momento posterior a realização do campo, havia um clima de incerteza que ameaçava sobretudo a manutenção dos NASF-AB. É importante observar que a precariedade percebida pelos profissionais esteve atrelada mais fortemente com questões locais, porém o contexto a nível nacional contribuía para fortalecer o imaginário de precariedade e a descrença quanto as possibilidades de incremento do trabalho do NASF-AB e dos serviços de saúde mental.

No que diz respeito aos aspectos organizacionais, tem sido apontado pela literatura que a integração do NASF na AB se beneficia de processos como a revisão conjunta de listas de casos para apoio, a definição de critérios de acesso entre eSF/NASF-AB, e definição de fluxos de atenção da AB com os demais pontos de apoio da rede, algo que foi pouco identificado na realidade investigada. Tal processo exigiria uma governança voltada para a colaboração que buscasse uma maior estruturação da colaboração no cuidado, a qual não se deve sustentar apenas pelo esforço pessoal dos trabalhadores, mas num esforço sistemático para qualificação do cuidado aos usuários (SARAIVA, ZEPEDA, LIRIA, 2020).

Na realidade investigada, a gestão não ocupava a função de liderança dos processos colaborativos. A gestão não se apresentava como força coercitiva, mas também não demonstrava apoiar os processos de organização do cuidado e de colaboração entre os trabalhadores e serviços. Processos estes que, ao nosso ver, demandam apoio por parte da gestão no manejo de desafios próprios à colaboração, tanto em seu aspecto formal com a pactuação de diretrizes, mas, também, no que diz respeito ao suporte aos tensionamentos experimentados na interação entre sujeitos com diferentes histórias, interesses e vivências, bem como na articulação entre serviços com diferentes funções e objetivos.

A despeito desse cenário de insuficiências e precariedades, foi identificado um importante movimento de reorganização dos processos de trabalho voltadas para a colaboração no âmbito da Atenção Básica, que ocorria por iniciativa dos próprios profissionais, em especial aqueles do NASF-AB que exerciam papéis de liderança, sustentando o movimento por meio de oficinas com os trabalhadores. Tal iniciativa encontrou pouco êxito do ponto de vista formal da transformação da organização do trabalho, porém demonstrou-se um espaço importante de reflexão e organização dos trabalhadores. Interpretamos essa iniciativa, bem como as ações de cuidado alternativas à medicalização nas UBS como algo que se refere ao “imaginário motor” (ENRIQUEZ, 2001), fonte de implicação dos sujeitos numa produção criativa de estratégias de cuidado que afetavam positivamente a organização do trabalho.

A dimensão imaginária se mostrou atrelada também ao reconhecimento que os sujeitos atribuíam a respeito da relevância e utilidade do seu fazer cotidiano, contribuindo para a sustentação de posturas de resistência à precarização do trabalho. Sabemos que a palavra resistência pode assumir dois sentidos, por um lado, aponta para a luta contra a opressão e, por outro, para a preservação do que já existe. No caso analisado, a resistência se expressou em ambos os sentidos, enquanto mobilização de estratégias coletivas para preservação do trabalho produzido pelos sujeitos, em face à ameaça de desconstrução no contexto atual. Contudo, em alguns momentos, expressou-se, também, como uma espécie de “crise nostálgica”, obstaculizando as possibilidades de construção de novos sentidos e práticas de trabalho, conforme colocamos ao longo do trabalho.

Neste ponto, faz-se importante uma reflexão sobre o NASF-AB enquanto arranjo organizacional que visa ampliar o escopo de ação e capacidade de análise das equipes na AB. Espera-se que o NASF-AB introduza não apenas um conjunto de profissionais de categorias diferentes, mas uma nova lógica de trabalho, que implicaria numa mudança de cultura organizacional no contexto da AB. Mas, como sabemos, o processo de mudança de cultura nas organizações (RIVERA, 2003) não realiza uma substituição radical do novo pelo antigo, ele apresenta, portanto, características diferentes e contraditórias convivendo em uma tensão dialética. Pressupõem a convivência de diferentes padrões de percepção e ação numa mesma organização. Assim, não é de se estranhar a convivência de diferentes formas de interação entre os trabalhadores na realidade estudada, diferenças que abrangem desde alternativas de cuidado voltadas para a desmedicalização, até a pressuposição compartilhada de impotência diante da complexidade dos problemas de saúde mental dos usuários.

Os aspectos estruturais e organizacionais são de extrema relevância para a colaboração interprofissional, porém buscamos com este estudo analisar, principalmente, os aspectos intersubjetivos presentes nos processos de colaboração. A discussão a respeito da cooperação no trabalho realizado por Dejours nos aportou uma perspectiva mais crítica a respeito das possibilidades do surgimento de relações mais colaborativas. Entendemos a cooperação, nesse sentido, como o aspecto mais profundo e imprescritível da colaboração. Isso nos impõe um paradoxo, pois afirmamos que o esforço coordenado entre os diferentes atores é essencial na produção do cuidado e, ao mesmo tempo, reconhecemos os efeitos pouco eficazes da prescrição do que seria a essência de tal esforço – a cooperação.

Dessa forma, caracterizamos como paradoxais algumas regras construídas pelos trabalhadores para induzir a cooperação, que acabavam por gerar tensionamentos entre as equipes, gerando uma participação desimplicada por parte dos trabalhadores. Identificamos que

esse paradoxo encontra-se presente na própria construção normativa a respeito dos NASF-AB, que pressupõe no cerne do seu trabalho prescrito a construção de relações cooperativas com as ESF.

Tomando emprestada a discussão sobre o que Luiz Cecílio chama de “*trabalhador moral em saúde*” (CECÍLIO, 2007), que aponta para uma modéstia necessária ao tratarmos das possibilidades de transformação dos serviços de saúde, chegamos a uma reflexão que consideramos relevante. Compreendemos que as propostas colaborativas se pautam, em alguma medida, em uma concepção de “coletivo moral”, ao entender os trabalhadores como um conjunto de sujeitos prontos a orientar suas práticas no sentido de uma integração sinérgica. Isso ocorre seja em um mesmo serviço ou em serviços diferentes quando desconsidera-se a história de formação dos coletivos, os interesses individuais e os conflitos existentes entre eles. O reconhecimento de nossa tendência a supor “coletivos morais” torna ainda mais importante uma governança que reconheça a importância e, ao mesmo tempo, os desafios para a colaboração interprofissional, compreendendo-a como um processo de constante negociação com os trabalhadores.

Nesse sentido, é relevante apontar que a construção de relações de confiança é um ponto importante de convergência entre a noção de colaboração interprofissional (D’AMOUR, 2005) e de cooperação (DEJOURS, 1993, 2004, 2012). As relações de confiança e, conseqüentemente, de cooperação/colaboração são influenciadas pela configuração de um ambiente organizacional, em que vigore a negociação entre os trabalhadores e entre estes e os gestores capaz de aglutinar interesses e lidar com os inevitáveis conflitos.

Consideramos como um possível limite deste estudo a impossibilidade de realização de entrevista prevista com os gestores da atenção básica, o que pode ter ocasionado a ausência de uma perspectiva importante a respeito da gestão e sua influência sobre os aspectos da colaboração interprofissional. Entretanto, acreditamos que a observação participante e as entrevistas realizadas com outros profissionais tenham minimizado esta possível lacuna, ainda que trazendo perspectivas diversas a respeito do fenômeno.

Outro limite do estudo aponta para a colaboração em sua perspectiva intersetorial. A noção de Cuidados Colaborativos aponta a importância de arranjos mais estruturados para organização da colaboração interprofissional não só em um mesmo serviço, mas entre diferentes equipes envolvidas numa linha de cuidado (BOWER, 2006). Em sua adaptação para o contexto nacional (NUPSAM, 2019), é compreendido, inclusive, como algo que deve incluir os serviços ligados às demais políticas setoriais envolvidos no cuidado aos usuários de saúde mental. No presente estudo, setores que extrapolam o campo da saúde foram pouco

considerados no discurso dos sujeitos, que expressaram pouca articulação com tais setores e, inclusive, certo desconhecimento a respeito do escopo e função dos serviços da assistência social.

Outro limite do estudo reside no fato de não abarcar uma análise pautada na perspectiva dos usuários a respeito da colaboração interprofissional. Compreende-se que a colaboração interprofissional implica incluir os usuários nos movimentos de diálogo a respeito dos projetos de cuidado, já que, conforme afirmamos, a colaboração no contexto da qualificação dos serviços de saúde deve se voltar para um reconhecimento da autonomia desses sujeitos. Esse se mostra um desafio para estudos posteriores que se impliquem na compreensão dos processos de colaboração interprofissional usuário-centrada.

A estratégia metodológica de grupo focal narrativo permitiu a produção de parte do material da pesquisa, a partir do discurso dos sujeitos em interação a respeito de casos concretos, importante para análise da colaboração entre os profissionais. Além disso, teve efeito de intervenção sobre a realidade analisada, especialmente em uma das UBS investigadas, na qual os trabalhadores afirmaram ter mudado a sua avaliação a respeito da condução dos casos escolhidos. Dizem ter passado a atribuir maior importância às intervenções realizadas e à integralidade do cuidado, compreendendo o sucesso no cuidado aos usuários como algo que não se encerra na realização de ações no contexto da unidade. Desse modo, espera-se que a pesquisa que desenvolvemos também tenha colaborado, em alguma medida, para a ampliação das possibilidades de reflexão e organização do trabalho de cuidado.

Para finalizar, reafirmamos a indissociabilidade das dimensões sociopolíticas, estruturais, organizacionais, simbólicas e imaginárias, bem como a condição paradoxal dos processos que envolvem a colaboração. Sendo assim, a colaboração pode ser vista como um objetivo a ser almejado, ainda que marcada por limites em alcançá-la, exigindo-nos permanente disposição para suportar tensões e contradições.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Erika Rodrigues. **A gênese dos núcleos de apoio à saúde da Família**. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2016.
- ARAÚJO, E. M. D.; GALIMBERTTI, P. A. A colaboração interprofissional na estratégia saúde da família. **Psicologia & Sociedade**, v. 25, n. 2, p. 461–468, 2013.
- AZEVEDO C. S. A dimensão imaginária e intersubjetiva das organizações de saúde: implicações para o trabalho gerencial e para a mudança organizacional. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 15, suppl.1, pp. 977-986. 2010.
- AZEVEDO, C. S.; BRAGA NETO, F. C. e SA, M. C. Indivíduo e a mudança nas organizações de saúde: contribuições da psicossociologia. **Cad. Saúde Pública**. v. 18, n. 1, pp. 235-247. 2002.
- AZEVEDO, N. S.; KIND, L. Psicologia nos núcleos de apoio à saúde da família em Belo Horizonte. **Psicol. ciênc. prof**, v. 33, n. 3, p. 520–535, 2013.
- BARBOUR, R. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009, 216p.
- BARROS, J. D. O. et al. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 2847-2856, 2015.
- BAUMAN, Z. **O mal-estar da Pós-Modernidade**. São Paulo: Vozes, 1999.
- BIRMAN, J. **Arquivos do mal-estar e da resistência**. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2006.
- BISPO JÚNIOR, J.P.; MOREIRA, D.C. Núcleos de apoio à saúde da família: concepções, implicações e desafios para o apoio matricial. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 2, p. 683-702, 2018.
- BOWER, P. et al. Collaborative Care for Depression in Primary Care. Making Sense of a Complex Intervention: Systematic Review and Meta-Regression. **Br J Psychiatry**, v. 189, p. 484–93, dez. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília; 2008. **Diário Oficial da União**, 25 jan. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Diretrizes do Nasf. Núcleo de Apoio a Saúde da Família**, Cadernos de Atenção básica 27. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Cadernos HumanizaSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. 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 SUS. Diário Oficial da União, 24 dez 2011, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Cadernos de Atenção Básica, número 39**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Resolução nº 510**, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria, nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2017.

BRASIL. Brasil. Ministério da Saúde. **Histórico de cobertura SF**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acesso em: 10 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Nota Técnica Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2021.

CAMPOS G.W. de S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 4, n. 2, pp. 393–403, 1999.

CAMPOS G.W. de S **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São. Paulo: Editora Hucitec, 2000.

CAMPOS, R.T.O.; CAMPOS, G.W.S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. 669-688 *in*: Campos, G. W. D. S., Bonfim, J. R. D. A., Minayo, M. C. D. S., Akerman, M., Drumond Júnior, M., & Carvalho, Y. M. D. **Tratado de saúde coletiva**. *In Tratado de saúde coletiva* (pp. 968-p), 2017.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde Matrix support and reference team: a methodology for interdisciplinary. **Cad. saúde pública**, v. 23, n. 2, p. 399–407, 2007.

CANGUILHEM, Georges. Meio e normas do homem no trabalho. **Pro-posições**, v. 12, n. 2-3, p. 109-121, 2001.

CASTORIADIS, C. **A instituição imaginária da sociedade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

CASTORIADIS, C. **As encruzilhadas do labirinto VI: figuras do pensável**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

CASTRO, C. P.; CAMPOS, G. W.S. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 455–481, jun. 2016.

CECILIO, L. C. O. O "trabalhador moral" na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface (Botucatu)**.vol.11, n.22, pp. 345-351, 2007.

CECILIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface (Botucatu)**. v. 13, p. 545-555, 2009.

CECILIO, L. C. O. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, pp. 2893-2902, 2012.

CECILIO, L. C. O.; CARAPINHEIRO, G.; ANDREAZZA, R. **Os mapas do cuidado: o agir leigo na saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.

CORREIA, P. C. I.; GOULART, P. M.; FURTADO, J. P. A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). **Saúde debate**, v. 41, n. spe, p. 345–359, 2017.

CRISTIANO, J. **Lo social como institución imaginaria: Castoriadis y lateoría sociológica**. Eduvim, 2009.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. de S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Soc**, v. 20, n. 4, p. 961–970, 2011.

D'AMOUR, D. et al. The Conceptual Basis for Interprofessional Collaboration: Core Concepts and Theoretical Frameworks. **Journal of Interprofessional Care**, v. 19 Suppl 1, p. 116–131, 2005.

D'AMOUR, D. et al. A Model and Typology of Collaboration between Professionals in Healthcare Organizations. **BMC Health Services Research**, v. 8, n. 1, dez. 2008. Disponível em: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-18>. Acesso em: 24 maio. 2018.

DEJOURS, C. Inteligência operária e organização do trabalho: a propósito do modelo japonês de produção. **Sobre o modelo japonês**, p. 281-309, 1993.

DEJOURS, C. Addendum: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. *In*: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. (Orgs.). **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Brasília/Rio de Janeiro: Paralelo15/Fiocruz, p.47-104, 2004.

DEJOURS, C. Trabalho vivo: trabalho e emancipação. **Brasília: Paralelo**, v. 15, p. 77-92, 2012.

DELGADO P.G.G. et al. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil – Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. *In: Mello MF, Mello AAF, Kohn R, organizadores. Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Editora Artmed, p. 39-83, 2007.

DIAS, E. O. **Sobre a confiabilidade e outros estudos**. [s.l.] Simplissimo Livros Ltda, 2017.

DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J. P. Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. **Psicologia ciência e profissão**, v. 32, 2012.

DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A. K.S.; GALVÃO, V. M. O apoio matricial na perspectiva de coordenadoras de equipes de saúde da família. **Pesqui. prá. psicossociais**, v. 4, n. 1, p. 37–48, 2009.

ENRIQUEZ, E. Imaginário social, recalçamento e repressão nas organizações. **Revista Tempo Brasileiro**, v. 36, p. 37, 1974.

ENRIQUEZ, E. O papel do sujeito humano na dinâmica social. *In: LÉVY, A. et al. (Orgs.). Psicossociologia: análise social e intervenção*. Belo Horizonte: Autêntica, p.27-45, 2001a.

ENRIQUEZ, E. A interioridade está acabando? *In: LÉVY, A. et al. (Orgs.). Psicossociologia: análise social e intervenção*. Belo Horizonte: Autêntica, p. 45-61, 2001b.

ENRIQUEZ, E. O vínculo grupal. *In: LÉVY, A. et al. (Orgs.). Psicossociologia: análise social e intervenção*. Belo Horizonte: Autêntica, p. 61-74, 2001c.

ENRIQUEZ, E. Da formação e da intervenção psicossociológicas. *In: LÉVY, A. et al. (Orgs.). Psicossociologia: análise social e intervenção*. Belo Horizonte: Autêntica, p. 61-74, 2001d.

ENRIQUEZ, E. **Jogos de poder na empresa**: sobre os processos de poder e estrutura organizacional. São Paulo: Zagodoni, 2014.

FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO-CAMPOS, R. O. Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. **Saúde debate**, v. 32, n. 78/80, p. 143–149, 2008.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013.

FREITAS, M.E. **A questão do imaginário e a fronteira entre a psicanálise e a cultura organizacional**. São Paulo, FGV, 1999.

FREUD, S. **O futuro de uma ilusão, o mal-estar na civilização e outros trabalhos** (1927-1931). Rio de Janeiro; Imago, 1996.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 22, p. 239–255, ago. 2007.

FURTADO, J. P. Arranjos Institucionais e Gestão da Clínica: Princípios da Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. v. 1, p. 11, 2009.

GADAMER, H. G. **Verdade e método**: Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica/trad. de Flávio Paulo Meurer. Nova rev. da trad. por Enio Paulo Giachini e Marcia Sá Cavalcante-Schuback: Vozes, 2003.

GAULEJAC, Vincent de. **Gestão como doença social**: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social. Aparecida: Ideias e Letras, 2007.

HARTZ, ZMA org. **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

HIRDES, A.; SCARPARO, H. B. K. O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 2, p. 383–393, 2015.

HIRDES, A.; SILVA, M. K. da R. Apoio matricial: um caminho para a integração saúde mental e atenção primária. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 582–592, 2014.

HORI, A. A.; NASCIMENTO, A. de F. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3561–3571, 2014.

IACABO, P.; FURTADO, J.P. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: análises estratégica e lógica. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 666-677, 2020.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais/Notes for the work with focus group technique. **Psicologia em revista**, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, 2004.

KLEIN, A. P.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. O “cabo de força” da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Cad Saude Publica**, v. 33, n. 1, p. e00158815–e00158815, 2017.

LANCMAN, S. et al. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 5, p. 968–975, 2013.

LÉVY, A. **Ciências clínicas e organizações sociais**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. 224p.

LOPES, C.S. Como está a saúde mental dos brasileiros? A importância das coortes de nascimento para melhor compreensão do problema. **Cad. Saúde Pública**, 2020.

MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Redes de atenção à saúde: rumo à integralidade. **Divulg saúde debate**. 2014.

MANZINI, E. J. Entrevista semiestruturada: análise de objetivos e de roteiros. *In*: **Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos**. A pesquisa qualitativa em debate. Anais... Bauru: SIPEQ, 2004.

MATTOS, R. A. Ciência, Metodologia e Trabalho Científico (ou Tentando escapar dos horrores

metodológicos). *In* MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Orgs.) **Caminhos para análise das políticas de saúde**. p. 20-51. Online. Disponível em: www.ims.uerj.br/ccaps, 2011. Acesso em:

MATSUDA, C. G. et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciênc. Saúde Colet**, v. 20, n. 8, p. 2511–2521, 2015.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência *in* **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte** - reescrevendo o público; XAMÃ VM ED.; Belo Horizonte, 1998.

MELO, E. A. et al. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. **Saúde em Debate**, 2018.

MENDES, Ana Magnólia Bezerra. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Revista Ciência e Profissão**, 1,2,3, p. 34-38, 1995.

MINTZBERG H. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. ed. 2. São Paulo: Atlas, 2003.

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

MIRANDA, L. et al. Dos grupos focais aos grupos focais narrativos: a descoberta no caminho da pesquisa. *In*: ONOCKO-CAMPOS, R. et al. (Org.). **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, p. 249-277, 2013.

MIRANDA, L.; OLIVEIRA, T.F.K.; SANTOS, C.B.T. Estudo de uma Rede de Atenção Psicossocial: paradoxos e efeitos da precariedade. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 34, n. 3, p. 592-611, 2014.

OLLIVIER, B. Autonomia. LÉVY, A; BARUS-MICHEL, J; ENRIQUEZ, E (CORD.). **Dicionário de Psicossociologia**. Climepsi Editores PC. 2005.

ONOCKO-CAMPOS, R. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 3, p. 723–731, 2000.

ONOCKO-CAMPOS, R. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. **Physis-Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, 2011.

ONOCKO-CAMPOS, R. et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4643–4652, 2011.

PANIZZI, M. **Avaliação da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF**. 2015. 172f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

PANIZZI, M. et al. Reestruturação produtiva na saúde: atuação e desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 112, p. 155–170, 2017.

POUPART, J. A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperriere, A., Mayer, R. et Pires, A., **A pesquisa qualitativa: enfoques, epistemológicos e metodológicos**, Petrópolis, p. 215–253, 2008.

PRADO, M.F. **O louco no hospital geral: imaginário sobre a loucura e desafios ao cuidado integral**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

REIS, M. L. et al. Avaliação Do Trabalho Multiprofissional Do Núcleo de Apoio à Saúde Da Família (NASF). **Texto & contexto enferm**, v. 25, n. 1, p. e2810014–e2810014, 2016.

RIVERA, F.J.U. Cultura e liderança comunicativa. In: RIVERA, F.J.U. **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.185-218, 2003.

SAMPAIO, J, MARTINIANO C.S., ROCHA A.M.O., SOUZA NETO A.A., OLIVEIRA SOBRINHO G.D., MARCOLINO E.C., MAGALHÃES F.C., SOUZA F.F. O NASF Como Dispositivo da Gestão: Limites e Possibilidades. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 3, p. 317–324, 2012.

SARAIVA, S.A.L.; ZEPEDA, J.; LIRIA, A.F. Componentes do apoio matricial e cuidados colaborativos em saúde mental: uma revisão narrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 553-565, 2020.

SCHRAIBER, L. B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Rev. Saúde Pública**. v. 29, n.1, pp. 63-74, 1995.

SCHWANDT, T. A. Três posturas epistemológicas para a investigação qualitativa: interpretativismo, hermenêutica e construcionismo social. In: Denzin N, Lincoln Y, organizadores. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**, v. 2, p. 193–217, 2006.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Orgs.). **Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Rio de Janeiro: UFF, 2010.

SILVA, E. M.; MOREIRA, M. C. N. Equipe de saúde: negociações e limites da autonomia, pertencimento e reconhecimento do outro. **Ciênc. Saúde Colet**, v. 20, n. 10, p. 3033–3042, 2015.

SILVA, F.P.; FRAZÃO, I.S.; LINHARES, F.M.P. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. **Cadernos de Saúde Pública** 30: 805-814, 2014.

SILVA, J.D.G.; ACIOLE, G.G.; LANCMAN, S. Ambivalências no cuidado em saúde mental: a ‘loucura’do trabalho e a saúde dos trabalhadores. Um estudo de caso da clínica do trabalho. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 881-892, 2017.

TEIXEIRA, M. R.; COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1933–1942, 2017.

TESSER, C. D. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 62, p. 565–578, 2017.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 941–951, mar. 2017.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clinico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

WHO, W. **Human resources and training in mental health**. Geneva: World Health Organization, 2005.

WHO, W. **Integrating mental health into primary care: a global perspective**. [s.l.] World Health Organization Geneva, 2008.

ZAMBRONI-DE-SOUZA, P.C.; ARAÚJO,A.J.S.; SILVA, J.D.G. A dimensão política do trabalho: a cooperação como ferramenta de gestão da sociedade. **Psicologia & Sociedade**, v. 30, 2018.

ANEXO 1 - ROTEIRO PARA DISCUSSÃO DE CASOS NO GRUPO FOCAL

- O roteiro tem como função possibilitar ao pesquisador se organizar para o processo de interação com os sujeitos pesquisados, deixando em aberto a possibilidade de realizar novas perguntas, modificar a ordem das questões, não fazê-las (na medida em que os assuntos forem abordados espontaneamente pelos entrevistados) e pedir esclarecimentos a respeito do que é dito quando necessário.
- Solicitar que o grupo relate dois casos que foram/têm sido acompanhados pela eSF e equipe NASF, selecionados previamente. Sendo destes: um caso que **consideram exitoso** e um caso de **difícil manejo** e em andamento.

Roteiro para a discussão do caso:

Efeitos do caso nas equipes e nos profissionais (transversal)

- Como se deu o contato do usuário com a UBS (qual foi sua queixa inicial? Ele chegou sozinho ou acompanhado? Veio por encaminhamento de outro serviço ou instituição?)

- O que motivou o compartilhamento do caso com o NASF? Como o NASF foi acionado (se foi atendido em conjunto ou não, por telefone)?

- Informações sobre a pessoa, a família e o ambiente onde vive.

- Configuração familiar e vida social

- participação em grupos
- participação em instituições
- rede de apoio social
- situação econômica

- Problema apresentado nos atendimentos (nas palavras da pessoa, visão familiar e na opinião de outros)

- História do problema atual

- início
- fator desencadeante
- manifestações sintomáticas
- evolução
- intervenções realizadas (que tecnologias foram acionadas: medicamentos, exames, grupos, terapias alternativas/complementares)
- compartilhamento do caso na rede (referência e contra referência)

ANEXO 2 - GUIA DE ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA RAPS E REDE INTERSETORIAL

PERFIL DO PROFISSIONAL

Sexo: () Masculino () Feminino

Idade: _____

Data da Realização da Entrevista: / /

Duração: _____

- O roteiro tem como função possibilitar ao pesquisador se organizar para o processo de interação com os sujeitos pesquisados, deixando em aberto a possibilidade de realizar novas perguntas, modificar a ordem das questões, não fazê-las (na medida em que os assuntos forem abordados espontaneamente pelos entrevistados) e pedir esclarecimentos a respeito do que é dito quando necessário.

1. Fale um pouco a respeito de sua trajetória profissional.

(Se necessário, perguntar: qual sua formação, vínculo empregatício, como se deu sua entrada no município e no local de trabalho)

2. Fale-me um pouco sobre o cotidiano do trabalho.

(Se necessário, perguntar: Como você definiria sua atuação? E como atua o serviço que você faz parte (Qual é a missão dele)? Como ela se difere de outros serviços da RAPS?)

3. Como se dá o trabalho em equipe no serviço em que trabalha? Quem compõe a equipe? Como costumam ocorrer as diferentes formas de comunicação entre os trabalhadores, em que momentos elas são necessárias?

(Se necessário, perguntar: Ocorrem reuniões de equipe? Em que momentos? Há frequência pré-definida? Qual seria? Se não existe, o que leva à marcação de uma reunião? Quem participa?)

4. Quais sentimentos e/ou reações você costuma experimentar quando se vê frente a necessidade de solicitar colaboração de outros colegas ou serviços? *(Se possível exemplifique situações em que isso ocorreu)* E, quando você é solicitado a colaborar, quais sentimentos e reações costuma experimentar?

5. Quando é necessária a articulação com outros serviços ou setores no cuidado em saúde, como isto tem se dado? *(Solicitar que dê um exemplo de caso ou situação emblemática em que se destaque um bom fluxo de colaboração e em que houve obstáculos significativos)*

6. Existem fluxos de acesso aos outros níveis de atenção? Estes se encontram formalizados? Se sim, como você avalia que vem ocorrendo a operacionalização deles?

7. Como você analisa o papel da gestão no processo de articulação entre os serviços no cuidado em saúde mental? *(Se apontar desafios, perguntar sobre que estratégias e o que proporia para melhoria dos processos)*

ANEXO 3 - GUIA DE ENTREVISTA COM GESTORES (COORDENADOR/DIRETOR DE AB)

PERFIL DO PROFISSIONAL

Sexo: () Masculino () Feminino

Idade: _____

Data da Realização da Entrevista: / /

Duração: _____

- O roteiro tem como função possibilitar ao pesquisador se organizar para o processo de interação com os sujeitos pesquisados, deixando em aberto a possibilidade de realizar novas perguntas, modificar a ordem das questões, não fazê-las (na medida em que os assuntos forem abordados espontaneamente pelos entrevistados) e pedir esclarecimentos a respeito do que é dito quando necessário.

1. Fale um pouco a respeito de sua trajetória profissional.

(Se necessário, perguntar: qual sua formação, vínculo empregatício, como se deu sua entrada no município e no local de trabalho)

2. Fale-me um pouco sobre o cotidiano do trabalho.

(Se necessário, perguntar: Como você definiria sua atuação? E como atua o serviço que você faz parte?)

3. Como você avalia a atenção em saúde mental que o município oferece?

(Se necessário, perguntar: Como você acha que ele pode ser melhorado? Que estratégias têm sido elaboradas para melhoria do cuidado?)

4. Como você vê as relações entre as equipes, serviços e setores do município? Considerando tais relações, você identifica processos de colaboração? Como eles se dão? Que efeitos produzem? Quais seriam seus principais problemas ou desafios?

5. Qual é o papel da gestão na melhoria do cuidado em saúde mental?

6. Como você pensa o papel da gestão nos processos de colaboração entre equipes, setores e serviços?

ANEXO 4 - GUIA DE ENTREVISTA COM COORDENADORES DE SERVIÇOS DA RAPS E DO NASF

PERFIL DO PROFISSIONAL

Sexo: () Masculino () Feminino

Idade: _____

Data da Realização da Entrevista: / /

Duração: _____

- O roteiro tem como função possibilitar ao pesquisador se organizar para o processo de interação com os sujeitos pesquisados, deixando em aberto a possibilidade de realizar novas perguntas, modificar a ordem das questões, não fazê-las (na medida em que os assuntos forem abordados espontaneamente pelos entrevistados) e pedir esclarecimentos a respeito do que é dito quando necessário.

1. Fale um pouco a respeito de sua trajetória profissional.

(Se necessário, perguntar: qual sua formação, vínculo empregatício, como se deu sua entrada no município e no local de trabalho)

2. Fale-me um pouco sobre o cotidiano do trabalho.

(Se necessário, perguntar: Como você definiria sua atuação? E como atua o serviço que você faz parte (Qual é a missão dele)? Como ela se difere de outros serviços da RAPS?)

3. Como se dá o trabalho em equipe no serviço em que trabalha? Quem compõe a equipe? Como costumam ocorrer as diferentes formas de comunicação entre os trabalhadores, em que momentos elas são necessárias?

(Se necessário, perguntar: Ocorrem reuniões de equipe? Em que momentos? Há frequência pré-definida? Qual seria? Se não existe, o que leva à marcação de uma reunião? Quem participa?)

4. Como você vê a relação entre os profissionais das equipes que coordena? Existem processos de colaboração? Como eles se dão? E quais as dificuldades para sustentá-los? (Como você vê o papel da gestão em relação à questão da colaboração interprofissional?)

5. Quando é necessária a articulação com outros serviços e setores no cuidado em saúde, como isto tem se dado? Se possível, dê um exemplo de caso ou situação emblemática em que se destaque um bom fluxo de colaboração e alguma situação em que se apresentaram obstáculos significativos?

6. **Existem fluxos de acesso aos outros níveis de atenção?** Estes se encontram formalizados? Se sim, como você avalia que vem ocorrendo a operacionalização deles?

7. Como você analisa **o papel da gestão nos processos de articulação entre os serviços no cuidado em saúde mental?** *(Se apontar desafios, perguntar sobre que estratégias e o que proporia para melhoria dos processos)*

8. Como você **avalia a atenção em saúde mental que o município oferece?**
(Se necessário, perguntar: O que tem funcionado bem? Como você acha que ele pode ser melhorado? Que estratégias têm sido elaboradas para melhoria do cuidado?)

9. Como você vê **o papel da gestão na melhoria do cuidado em saúde mental?**



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ANEXO 5 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – PROFISSIONAIS DE SAÚDE NASF/ESF

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **Colaboração interprofissional e interorganizacional no contexto da saúde mental: a experiência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em municípios do Rio de Janeiro**, desenvolvida por Atila Mendes da Silva, discente de Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do Professora Dra. Lilian Miranda. O objetivo central do estudo é: analisar a colaboração interprofissional e interorganizacional no cuidado em saúde mental, considerando a interdependência entre aspectos estruturais, organizacionais e intersubjetivos, a partir da experiência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em dois municípios do estado do Rio de Janeiro.

O convite a sua participação se deve à sua atuação no município enquanto profissional de saúde direta ou indiretamente ligado à colaboração no cuidado em saúde mental. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão tomadas as seguintes medidas e/ou procedimentos para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas: apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades, o material coletado será armazenado em local seguro e qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. No entanto, é importante atentar que no caso de participantes que ocupam cargos ou posições na administração pública há risco indireto de identificação, ainda

que se omitam dados de identificação. No caso da realização dos grupos focais, não é possível garantir o anonimato entre os participantes do grupo.

A sua participação consistirá em responder ao pesquisador perguntas a respeito do tema de pesquisa e compor um grupo focal junto a outros profissionais de saúde das equipes NASF e Estratégia de Saúde da Família (ESF). A entrevista somente será gravada se houver autorização do entrevistado e os grupos serão gravados se houver autorização de todos os participantes dos grupos. O tempo de duração da entrevista será de aproximadamente uma hora e dos grupos focais de aproximadamente três horas. As entrevistas e grupos focais serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas o pesquisador e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções 466/12 e 510/16 do CNS e orientações do CEP/ENSP e com o fim deste prazo, será descartado.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil, na Resolução nº 466/2012 e na Resolução nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

O benefício indireto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de favorecer a produção de conhecimento no âmbito estudado de interesse para o SUS e, portanto, para a sociedade brasileira. A pesquisa possui o risco de identificação indireta devido o número restrito de participantes, mas serão tomadas as precauções necessárias para evitar que isso ocorra. As informações serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Os resultados serão apresentados aos participantes em palestras dirigidas ao público participante ou por meio de resumo executivo com os resultados da pesquisa.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Atila Mendes da Silva
(doutorando em saúde pública - ENSP/Fiocruz)

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada
“Colaboração interprofissional e interorganizacional no contexto da saúde mental: a experiência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em municípios do Rio de Janeiro” e concordo em participar.

- Autorizo a gravação da entrevista e do grupo focal
 Não autorizo a gravação da entrevista e do grupo focal

(Assinatura do participante da pesquisa)
Nome do participante:

Comitê de Ética em Pesquisa
Rua Leopoldo Bulhões, 1480,
Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ CEP:
21041-210
Tel: (21) 2598-2863
E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Escola Nacional de Saúde Pública
Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 716.
Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ
CEP 21041-210
Tels.: 0055 (21) 2598-2600
Cel: (22) 98843-3041



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ANEXO 6 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – GESTORES

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **Colaboração interprofissional e interorganizacional no contexto da saúde mental: a experiência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em municípios do Rio de Janeiro**, desenvolvida por Atila Mendes da Silva, discente de Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do Professora Dra. Lilian Miranda. O objetivo central do estudo é: analisar a colaboração interprofissional e interorganizacional no cuidado em saúde mental, considerando a interdependência entre aspectos estruturais, organizacionais e intersubjetivos, a partir da experiência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em dois municípios do estado do Rio de Janeiro.

O convite a sua participação se deve à sua atuação no município enquanto gestor direta ou indiretamente ligado à colaboração no cuidado em saúde mental. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão tomadas as seguintes medidas e/ou procedimentos para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas: apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades, o material coletado será armazenado em local seguro e qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. No entanto, é importante atentar que no caso de participantes que ocupam cargos ou posições na administração pública há risco indireto de identificação, ainda que se omitam dados de identificação.

A sua participação consistirá em responder ao pesquisador perguntas a respeito do tema de pesquisa. A entrevista somente será gravada se houver autorização do entrevistado. O tempo de duração da entrevista será de aproximadamente uma hora. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas o pesquisador e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções 466/12 e 510/16 do CNS e orientações do CEP/ENSP e com o fim deste prazo, será descartado.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil, na Resolução nº 466/2012 e na Resolução nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

O benefício indireto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de favorecer a produção de conhecimento no âmbito estudado de interesse para o SUS e, portanto, para a sociedade brasileira. A pesquisa possui o risco de identificação indireta devido o número restrito de participantes, mas serão tomadas as precauções necessárias para evitar que isso ocorra. As informações serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Os resultados serão apresentados aos participantes em palestras dirigidas ao público participante ou por meio de resumo executivo com os resultados da pesquisa.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Atila Mendes da Silva
(doutorando em saúde pública - ENSP/Fiocruz)

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada
“Colaboração interprofissional e interorganizacional no contexto da saúde mental: a experiência

do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em municípios do Rio de Janeiro” e concordo em participar.

- Autorizo a gravação da entrevista
 Não autorizo a gravação da entrevista

(Assinatura do participante da pesquisa)
Nome do participante:

Comitê de Ética em Pesquisa
Rua Leopoldo Bulhões, 1480,
Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ CEP:
21041-210
Tel: (21) 2598-2863
E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Escola Nacional de Saúde Pública
Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 716.
Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ
CEP 21041-210
Tels.: 0055 (21) 2598-2600
Cel: (22) 98843-3041



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ANEXO 7 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – PROFISSIONAIS DE OUTROS PONTOS DA RAPS/REDE INTERSETORIAL

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **Colaboração interprofissional e interorganizacional no contexto da saúde mental: a experiência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em municípios do Rio de Janeiro**, desenvolvida por Atila Mendes da Silva, discente de Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do Professora Dra. Lilian Miranda. O objetivo central do estudo é: analisar a colaboração interprofissional e interorganizacional no cuidado em saúde mental, considerando a interdependência entre aspectos estruturais, organizacionais e intersubjetivos, a partir da experiência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em dois municípios do estado do Rio de Janeiro.

O convite a sua participação se deve à sua atuação no município enquanto trabalhador direta ou indiretamente ligado à colaboração no cuidado em saúde mental. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão tomadas as seguintes medidas e/ou procedimentos para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas: apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades, o material coletado será armazenado em local seguro e qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. No entanto, é importante atentar que no caso de participantes que ocupam cargos ou posições na administração pública há risco indireto de identificação, ainda que se omitam dados de identificação.

A sua participação consistirá em responder ao pesquisador perguntas a respeito do tema de pesquisa. A entrevista somente será gravada se houver autorização do entrevistado. O tempo de duração da entrevista será de aproximadamente uma hora. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas o pesquisador e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções 466/12 e 510/16 do CNS e orientações do CEP/ENSP e com o fim deste prazo, será descartado.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil, na Resolução nº 466/2012 e na Resolução nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

O benefício indireto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de favorecer a produção de conhecimento no âmbito estudado de interesse para o SUS e, portanto, para a sociedade brasileira. A pesquisa possui o risco de identificação indireta devido o número restrito de participantes, mas serão tomadas as precauções necessárias para evitar que isso ocorra. As informações serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Os resultados serão apresentados aos participantes em palestras dirigidas ao público participante ou por meio de resumo executivo com os resultados da pesquisa.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Atila Mendes da Silva
(doutorando em saúde pública - ENSP/Fiocruz)

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada
“Colaboração interprofissional e interorganizacional no contexto da saúde mental: a experiência

do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em municípios do Rio de Janeiro” e concordo em participar.

- Autorizo a gravação da entrevista
 Não autorizo a gravação da entrevista

(Assinatura do participante da pesquisa)
Nome do participante:

Comitê de Ética em Pesquisa
Rua Leopoldo Bulhões, 1480,
Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ CEP:
21041-210
Tel: (21) 2598-2863
E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Escola Nacional de Saúde Pública
Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 716.
Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ
CEP 21041-210
Tels.: 0055 (21) 2598-2600
Cel: (22) 98843-3041