



Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde na Região Leste do Rio de Janeiro

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a Integralidade na Atenção Básica em Saúde Mental em um Município da Região Serrana do Rio de Janeiro

Mestranda: Lucia Macedo Duarte Gomes

Orientador: Eduardo Stotz

Setembro de 2013

RESUMO

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é considerada sua estratégia prioritária para expansão, consolidação e qualificação da atenção básica à saúde. Como base de desenvolvimento local do SUS, a ESF se caracteriza como um cenário privilegiado para implementação das ações visando transformações significativas das práticas e saberes na área de Saúde Mental. Neste contexto, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), através do trabalho compartilhado de suporte às equipes de Saúde da Família, por meio do desenvolvimento do Apoio Matricial, entre outras “ferramentas tecnológicas”, pode se constituir como estratégia de gestão para a superação do modelo médico e para a construção de uma rede ampliada de cuidados em saúde mental no nível local. O objetivo geral deste estudo foi descrever a atuação do NASF integrada à atenção básica em saúde mental na perspectiva do território, em um município do estado do Rio de Janeiro, enfatizando-se os aspectos da integralidade das ações. O estudo foi construído, a partir da abordagem qualitativa, pela percepção dos profissionais do NASF. Foi utilizada a técnica de entrevista semi-estruturada, composta por perguntas abertas e fechadas. No ano de 2013, foram entrevistados sete profissionais do NASF. A análise dos dados fundamentou-se no Método da Análise de Conteúdo, definida como um conjunto de instrumentos metodológicos que permite o conhecimento de aspectos e fenômenos da vida social. Os dados foram organizados em três categorias: Implementação do NASF; Atuação do NASF e A atuação do NASF na Promoção da Saúde Mental. Quanto à implementação, os entrevistados apontaram que apesar de acreditarem que atingiram os objetivos para eles propostos, ainda precisam se reestruturar enquanto equipe, no contexto de um frágil vínculo empregatício. Em relação à atuação, destacaram dificuldades na aceitação por parte da equipe em entender a proposta de trabalho. No que se refere à atuação na Promoção da Saúde Mental, evidenciaram que implantar um novo modelo de saúde, sem que a maioria dos gerentes e dos trabalhadores de saúde não só estejam de acordo com a nova proposta, como também se empenhem em consolidá-la, é uma tarefa impossível. O apoio do NASF as equipes das Unidades de Saúde da Família vem tentando transformar definitivamente a realidade dos manicômios. Mas, para isso, precisam do apoio e esforço de toda a equipe do território para colocar em práticas as novas propostas. E, além disso, as Equipes de Saúde Mental na Atenção Básica não devem ser a única solução para o sofrimento psíquico crescente.

Palavras Chaves: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; Saúde Mental; Atenção Básica.

ABSTRACT

According to the National Primary Health Policy (PNAB), the Family Health Strategy (ESF) is considered its priority strategy for expansion, effective implementation and qualification of basic care towards health. As the basis for local development of the SUS, the ESF characterizes itself as a privileged scenario for implementing the actions aiming the significant transformations of the practices and knowledge in the field of Mental Health. In that context, the Center for Family Health Support (NASF), through the shared support work to the Family Health teams, by means of the development of the Matrix Support, amidst other “technological tools”, may be constituted as a management strategy for overcoming the medical model and for the construction of a wide network for mental health care at a local level. The main goal of this study was to describe the performance of the NASF integrated to the basic care of mental health from a territorial perspective, in a city of the state of Rio de Janeiro, emphasizing the aspects of the integration of the actions. The study was conceived, from a qualitative perspective, by the perceptions of the professionals from NASF. A semi-structured interview technique was employed, composed by open and closed questions. In the year of 2013, seven professionals from NASF were interviewed. The data analysis was founded under the Content Analysis Method, defined as a set of methodological instruments which have a controlled interpretation based on inference as a common factor, allowing the understanding of aspects and phenomena of the social life. The data was sorted into three categories: Implementation of NASF; performance of NASF and The performance of NASF in Promoting Mental Health. For the implementation, the subjects of the interviews pointed that, although they believe they have achieved the goals established for them, they still need to restructure themselves as a team, in the context on a fragile employment. As for the performance, they have pointed out the difficulties in the acceptance, by the rest of the team, of the proposed work. Related to the performance in the Promotion of Mental Health, they have proven that implementing a new health model, considering that most of the managers and health workers do not only agree with the new proposal, but also work hard to implement it, is an impossible task. NASF’s support the Family Health Units has been trying to make a definitive transformation on the reality of the mental institutions. But, in order to achieve that, they need the support and effort of the territory’s entire team in order to put the new proposals in use. Furthermore, the Basic Care Mental Health Teams must not be the sole solution for the growing psychiatric suffering.

Keywords: Center for Family Health Support; Mental Health; Basic Care

Lista de Abreviaturas e SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACS – Agente Comunitário de Saúde
APS – Atenção Primária em Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CBO – Código Brasileiro de Ocupações
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CMS – Conferência Nacional de Saúde
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CS – Conselhos de Saúde
COMPERJ – Complexo Petroquímico do Estado do Rio de Janeiro
ESF – Estratégia de Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MLAM – Movimento de Luta Antimanicomial
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNPS – Política Nacional de Promoção a Saúde
PSF – Programa Saúde da Família
PST – Projeto de Saúde no Território
PTS – Projeto Terapêutico Singular
RT – Residência Terapêutica
SF – Saúde da Família
SM – Saúde Mental
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
VD – Visita Domiciliar

Sumário:

I- Introdução	8
II- Justificativa	12
III- Caracterização do Cenário de Estudo	16
IV- Objetivos	17
IV. I- Objetivo Geral	
IV. II- Objetivo Específico	
V- Objeto de Estudo	18
VI- Referencial Teórico	19
VI. I – A desinstitucionalização e os serviços de Saúde Mental no Brasil	
VI. II – Atenção Básica: a ESF e o NASF	
VI. III – O NASF como dispositivo de integração	
VII- Procedimentos Metodológicos	33
VII. I – Pesquisa Qualitativa e Estudo de Caso	
VII. II – Entrevista e Entrevista Semi – Estruturada	
VII. III – Observação Participante	
VII. IV – Diário de Campo	
VII. V – Análise de Dados	
VII. VI – Aspectos Éticos	
VIII- Resultados e Discussão	40
VIII. I – Cenário Encontrado na pesquisa de Campo	
VIII. II – Perfil dos Entrevistados	
VIII. III – Categorias	
VIII. III. I – Implementação do NASF	
VIII. III. II – Atuação do NASF	
VIII. III. III – Atuação no NASF na Promoção da Saúde Mental	
IX- Considerações Finais	65
X – Orçamento	68
IX – Cronograma	69
XI – Referencial Bibliográfico	70

Apêndice I – Roteiro de Entrevista para profissionais do NASF	76
Apêndice II – Roteiro de Observação	77
Apêndice III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	79
Anexo – Carta de Anuência	82

I - Introdução

O projeto de Reforma Sanitária teve como preocupação central assegurar que o Estado atuasse em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde (BRAVO, 1996).

O termo Reforma Sanitária foi usado para se referir ao conjunto de ideias que se tinha a respeito das mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças abarcavam não apenas o sistema, mas todo o setor saúde, introduzindo uma nova concepção na qual o resultado final era entendido como a melhoria das condições de vida da população (BRASIL, 2012).

No Brasil, a Reforma Sanitária nasceu na segunda metade da década de setenta, em meio às lutas pela liberdade democrática contra a ditadura. A decadência do Regime Militar, com a instalação do governo de transição democrática, e o fortalecimento da sociedade civil num movimento político e social permitiram as mudanças no sistema de Saúde Pública.

A Reforma Sanitária estruturou-se nas comunidades, nos serviços de saúde, nos sindicatos e nas universidades (COHN, 1989). Tem como marco a realização, em 1986, da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), propondo um modelo de proteção social com a garantia do direito à saúde integral. Segundo Teixeira (1988), o ideário da Reforma Sanitária era um sistema de saúde único, fundamentalmente estatal, sendo o setor privado complementar àquele, sob controle público, e descentralizado.

Como um movimento técnico-político organizado, a Reforma Sanitária levou à inclusão de seus conceitos, diretrizes e princípios do setor da saúde na nova Constituição Federal de 1988. A partir desse marco histórico, a saúde passa a ser um direito de todos e dever do Estado. Na ordenação do novo Sistema Único de Saúde (SUS) destacam-se especialmente os princípios de descentralização e universalização, ressaltando a municipalização na ampliação dos recursos e a participação popular por intermédio dos Conselhos de Saúde (CS) instituídos pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) em 1990.

Pode-se dizer que a Reforma Psiquiátrica, no Brasil, segue passo a passo o processo de redemocratização do país e insere-se no âmbito mais amplo da Reforma Sanitária. O início da Reforma é paralelo às necessidades de mudanças no panorama econômico, político e cultural do país. Ocorreu no contexto de reivindicações de mudanças políticas concretas e se desenvolveu no campo da luta dos movimentos sociais.

Nas primeiras décadas do século XX, os manicômios ganham destaque pelo agravamento progressivo das condições a que eram submetidos os doentes mentais: isolamento, abandono, maus-tratos, péssimas condições de alimentação e hospedagem. Ao final da II Guerra, era dramática a situação dos hospitais psiquiátricos. Surgiram, então, os primeiros movimentos de Reforma Psiquiátrica.

Manoel Desviat (1999) destaca uma singularidade na Reforma Psiquiátrica Brasileira: o envolvimento da sociedade civil, sobretudo através da organização de técnicos, familiares e usuários no Movimento da Luta Antimanicomial.

Através de ações incisivas na cultura e da ampliação dos atores sociais envolvidos, o Movimento da Luta Antimanicomial extrapola o contorno das ações institucionais e de assistência e passa a difundir a crítica ao manicômio e as discussões sobre o tema da Reforma Psiquiátrica, chamando a sociedade a reconstruir sua relação com o louco e com a loucura (TENÓRIO, 2002). Essa última é condição fundamental para o sucesso das iniciativas de reabilitação psicossocial.

Constituiu-se um movimento pela desinstitucionalização da loucura. Já que se tratava não apenas de desospitalizar os pacientes, mas de romper com o saber psiquiátrico enquanto ideologia (BASAGLIA, 1985) e desconstruir todo um aparato manicomial que se estende às atitudes sociais, à intolerância frente às diferenças, às relações de poder, dominação e exclusão que se estruturam em torno da loucura (AMARANTE, 1995).

Esse contexto de movimentação social e política é estritamente ligado ao processo de redemocratização do país. Criam-se as condições históricas para o surgimento de outras possibilidades de olhar e tratar a loucura e o sofrimento psíquico, sendo então, nas décadas de 1980 e 1990, delineadas grandes transformações no cenário das políticas públicas em saúde mental.

O envolvimento efetivo da sociedade brasileira na discussão e formulação das políticas de saúde abriu campo para que da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) se desdobrasse na realização a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM). Segundo Tenório (2001), esse foi o início da trajetória de desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura.

Partindo dessa visão, as estruturas de cuidado ganharam outra abordagem: não se tratava de aperfeiçoar as estruturas tradicionais, mas de inventar novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado (TENÓRIO, 2001).

O financiamento público para as ações de Saúde Mental foi direcionado para a criação de uma rede extra-hospitalar, priorizando a remuneração do atendimento

alternativo à internação, especialmente aos serviços-dia, apoiando a substituição da internação em hospital psiquiátrico por internação em hospital geral. Paralelamente, foram instituídas e efetivamente observadas regras mais rígidas no funcionamento dos hospitais psiquiátricos públicos e contratados.

Como exemplos atuais dessas novas estruturas de cuidado em Saúde Mental temos o Centro Atenção Psicossocial (CAPS), as Residências Terapêuticas (RT), os Ambulatórios Psiquiátricos, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Hospitais Gerais etc.

Considerado um tipo de estrutura privilegiada de reestruturação da assistência em Saúde Mental, em 1992 foi regulamentado, pelo Ministério da Saúde, o funcionamento dos Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS). Esta estrutura foi integrada aos outros dispositivos de assistência, como ambulatórios, hospitais-dia, hospitais gerais e hospitais psiquiátricos, segundo as diretrizes da atenção integral, regionalizadas e multiprofissionais (BRASIL, 1992).

O CAPS constitui a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica e, como tal, se propõe a fazer uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento. Busca, para isso, um contato permanente com a rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e a singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004).

Como serviço de atenção diária, os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares (BRASIL, 2004).

A organização dos serviços substitutivos ao manicômio supõe uma vivência desafiante na reconstrução da assistência psiquiátrica e seu planejamento. É a construção da noção de território que deve ser entendida como recurso terapêutico, como referência na construção de relações sociais. Território este valorizado por Santos (1991) como espaço de articulação entre atores e processos sociais e produção de laços de solidariedade.

Assim, estabelece-se uma nova perspectiva em saúde mental, enfatizando o território como instrumento de reabilitação. Entende-se que as ações técnico-políticas

exercidas durante o processo de reabilitação psicossocial devem envolver a participação da comunidade, serem utilizadas como canais de interlocução, implicando na participação popular na orientação e organização de serviços.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), como base de desenvolvimento local do SUS, se caracteriza como um cenário privilegiado para implementação das ações visando transformações significativas das práticas e saberes na área de Saúde Mental. Neste contexto, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), através do trabalho compartilhado de suporte às equipes de Saúde da Família, por meio do desenvolvimento do Apoio Matricial, entre outras “ferramentas tecnológicas”, pode se constituir como estratégia de gestão para a superação do modelo médico e para a construção de uma rede ampliada de cuidados em saúde mental.

O Apoio Matricial é uma estratégia de direcionamento do fluxo e se relaciona mais diretamente com a noção de matriz (lugar onde se gera). Nela são ofertados conhecimentos, saberes, propostas de ações e práticas conjuntas.

O objetivo deste estudo é investigar como a atuação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, em um município de pequeno porte da região Serrana do Estado do Rio de Janeiro, pertencente à área de abrangência do Comperj, integra-se à atenção básica em saúde mental. Enfatiza-se, então, na consideração de estratégias definidoras da atenção básica a integralidade das ações, na perspectiva da territorialização. Procuramos, com isso, pensar a orientação sistêmica dos serviços para a promoção e a produção de novas subjetividades, menos restritas, preconceituosas e mais diversificadas, onde seja possível que o diferente, o novo, se expresse e encontre seu lugar, quer entre os profissionais de saúde, quer entre aqueles para quem se destinam os serviços.

II – Justificativa

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB),

“... a Atenção Básica deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde... O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central

de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede” (BRASIL, 2011b, p.3 e 4).

As equipes de Atenção Básica do Território são compostas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2011b). A política de Humanização da Saúde afirma que, segundo o direito universal à saúde garantido pela Constituição Federal, cada pessoa tem direito de acesso a uma equipe de Atenção Básica que lhe cuide, com capacidade de se coresponsabilizar pelos problemas individuais e coletivos de saúde e de intervir sobre os mecanismos de produção de doenças (BRASIL, 2009b).

A PNAB, ainda considera a Saúde da Família:

“... sua estratégia prioritária para expansão, consolidação e qualificação da atenção básica à saúde por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade” (BRASIL, 2011b, p.17).

Idealmente, a Atenção Básica deveria responder a 80% das necessidades da população (BRASIL, 2003), incluindo aqui as demandas de Saúde Mental. A Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde estimam que, apenas, 20% dos usuários encaminhados aos profissionais de saúde mental trazem, a priori, uma demanda específica que justifique a necessidade de uma atenção especializada (CAMPINAS, 2005).

O Ministério da Saúde constatou que 56% das Equipes de Saúde da Família realizam acolhimento das demandas em Saúde Mental (BRASIL, 2003), ainda que essas equipes nem sempre estejam capacitadas para lidar com essa demanda. A proximidade com as famílias e as comunidades faz com que estas equipes constituam um recurso estratégico para o enfrentamento das diversas formas de sofrimento psíquico: equipe da UBS tem mais condições de conhecer as famílias ao longo do tempo, a situação afetiva, o significado e a repercussão do sofrimento/adoecimento para esta população (BRASIL, 2009b).

Com essa compreensão, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) tem estimulado a inserção da saúde mental na rede básica através de redes de cuidado e da atuação

transversal com outras políticas. Simultaneamente, propõe a ampliação da clínica das equipes de Saúde da Família, na construção de um modo de fazer saúde centrado no sujeito e não mais na doença.

Através do documento “Saúde Mental e Atenção Básica: vínculos e diálogos necessários”, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003, p. 4) prioriza que a assistência na rede básica seja realizada através do apoio matricial às equipes de atenção básica, deixando claro que “a responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica de encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local”.

Como membros da atenção básica, os NASF foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade. As equipes, compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, devem atuar de maneira integrada, apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes.

Os NASF devem colaborar para a

“integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários” (BRASIL, 2011b, p. 25).

Pressupõe-se nessa pesquisa que, apesar da política nacional de saúde mental assegurar a importância e necessidade da articulação das ações de saúde mental à atenção básica, esta nem sempre ocorre de forma a concretizar o ideário apresentado no discurso das políticas públicas, focado centralmente na desinstitucionalização, alicerçada pela integralidade das práticas nos serviços que deve contemplar a inserção social do usuário. É importante conhecer como se estabelece esta integração, no nível local, no território, com a participação do NASF.

O alto índice de cobertura da Estratégia de Saúde da Família, associado à implantação do NASF e CAPS no município selecionado oferece condições para examinar a questão.

As inquietações que deram início a este trabalho têm, em suas raízes, um questionamento fundamental: Como o NASF pode contribuir através da inserção de uma equipe multidisciplinar, para o desenvolvimento da atenção básica à saúde mental?

Esta indagação surgiu com a experiência de três anos como psicóloga do Núcleo de Apoio a Saúde da Família do município de Silva Jardim, onde os territórios das ESFs são caracterizados por famílias em situação de vulnerabilidade social conformada pelo desemprego, pela falta de escolarização, pela falta de condições de oferecer suporte adequado aos portadores de transtornos mentais. No que se refere à saúde mental, devido às mudanças ocorridas nos arranjos familiares, ressaltando-se, nesse aspecto, a participação da mulher no mercado de trabalho, há redução na oferta de cuidadores nas famílias, aumentando a demanda por internações.

Na experiência vivenciada em Silva Jardim, até a implantação do NASF no município, em 2007, psicólogo, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta e farmacêutica compunham uma equipe complementar, itinerante, que percorria as Unidades de Saúde da Família do Município para realizar atendimentos ambulatoriais “volantes”. Após a implantação do NASF o mal-estar se formou, e a sensação de não saber o que fazer foi grande. Da gestão, recebemos a missão de realizar “apoio institucional”, uma espécie de “ponte” entre a Secretaria de Saúde e Unidades de Saúde da Família, o que não foi bem aceito pela equipe. Depois de muitas reuniões e quase um ano de tentativas frustradas, pactuamos com a gestão uma capacitação para a equipe. O NASF não foi bem aceito. Contra ele havia uma população acostumada com atendimentos de especialidades no território, uma equipe que contava com uma referência imediata e uma demanda mais restrita, e a pressão do Conselho Municipal de Saúde (CMS), que afirmava não entender como o município se beneficiaria com essa proposta (do NASF). Enfim, nos deparávamos com o resultado de mais uma mudança no serviço sem que antes tivesse havido uma (re)construção deste em espaços coletivos de discussão envolvendo gestores, equipes das UBS e equipe complementar, comunidade, conselho de saúde etc.

Sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, por representar uma estratégia de ampliação do cuidado na atenção básica muito recente, as pesquisas ainda são escassas (FERNANDES, BARBOZA, SOUSA, 2012; BARBOSA, FERREIRA, FURBINO, 2010), mas entende-se que tem um grande potencial de se constituir, na perspectiva da ESF, em um relevante dispositivo de desinstitucionalização, podendo atingir resultados significativos na construção de sentido para os projetos de vida de sujeitos que experimentam a exclusão social, o isolamento afetivo, a impossibilidade de desempenhar protagonismos. Acredita-se que, para uma maior contribuição do NASF no que refere à realização do cuidado em saúde mental na atenção básica, faz-se necessário o desenvolvimento de pesquisas que melhor esclareçam a construção desta possibilidade.

É importante conhecer como se dá, na percepção dos profissionais da equipe multidisciplinar que atuam no NASF, a integração desse novo equipamento ao SUS na perspectiva da saúde mental: como se articula o trabalho da equipe do NASF em torno da atenção à saúde mental, tendo em vista a perspectiva da desinstitucionalização; como a equipe do NASF entende sua participação no desenvolvimento da atenção básica à saúde mental; como se articula o trabalho do NASF com a equipe de SF no nível do território na perspectiva da saúde mental.

Trata-se, além disso, de uma oportunidade para refletir sobre a implantação de um novo equipamento de atenção em saúde mental em uma região que passa por transformações sociais intensas, com a implantação de um grande complexo industrial.

III – Caracterização do Cenário de Estudo

Localizado na porção centro sul do Estado do Rio de Janeiro, o município estudado tem uma área de, aproximadamente, 956 Km², correspondendo quase 2,2% do território do estado do Rio de Janeiro. De acordo com a divisão de regionais da Secretaria Estadual de Saúde, pertence à região Serrana (IBGE, 2011). A população, segundo o censo 2011, está em torno de 54000 habitantes.

No que se refere à Saúde, a rede do município é composta por nove Unidades de Saúde da Família, mais sete Unidades Básicas de Saúde, e uma área coberta pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que juntos garantem uma cobertura de 79,46% da população; um Hospital Geral; um Centro de Atenção

Psicossocial (CAPS); um Ambulatório de Saúde Mental; e um Ambulatório de Especialidades; uma Unidade de Vigilância Sanitária e uma Unidade de Vigilância Epidemiológica. Conta ainda, com um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (DATASUS/SIAB, 2012).

Dentre os problemas que ganharam destaque com a elaboração da Agenda 21 Comperj (2011) está a falta de programas de saúde preventiva e a melhoria dos postos de saúde, como formas de desafogar o hospital central; migração da pessoas enfermas para realizar atendimento no município, seja para os postos de saúde ou rede hospitalar, sem que haja infraestrutura adequada para absorver esta demanda; poucas as especialidades disponíveis na rede pública; a baixa remuneração dos profissionais da área em comparação a outros municípios e faltam equipamentos para exames mais sofisticados.

Este cenário foi escolhido como sede de realização da pesquisa por ser localizado em uma região submetida a tensões geradas por perspectivas de transformações socioeconômicas e culturais que devem ter impacto importante sobre os níveis e características de saúde locais com a instalação do Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro (Comperj). Além disso, parece contar com uma Atenção Básica, aparentemente, estruturada, com uma boa cobertura populacional, com NASF e CAPS implantados, podendo ser um local estratégico para estudarmos a implantação de um NASF e as suas possibilidades, no que se refere ao cuidado em saúde mental na atenção básica no nível local, na perspectiva da territorialização das ações.

IV– Objetivos

IV. I – Objetivo Geral:

Descrever a atuação do NASF integrada à atenção básica em saúde mental na perspectiva do território, em um município do estado do Rio de Janeiro, enfatizando-se os aspectos da integralidade das ações.

IV.II – Objetivos Específicos:

Descrever como se dá a articulação dos serviços que compõem a rede de saúde do município, em torno da saúde mental.

Conhecer a atuação do NASF na perspectiva da integralidade das ações, no contexto da ESF.

V – Objeto de Estudo

Entendemos por desinstitucionalização, um processo social complexo, que mobiliza sujeitos sociais envolvidos, tornando-os atores para que estes tenham condições de transformar as relações de poder entre os pacientes e as instituições e, assim, produzir estruturas de Saúde Mental que substituam inteiramente a internação psiquiátrica (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 2001).

Em saúde mental, a integralidade está na negação do papel do isolamento, na condenação a segregação, na qual o louco era mantido, por ferir os direitos a sobrevivência e ao livre arbítrio. E ainda, na compreensão de que o que deve ser cuidado é o indivíduo e seus problemas e não somente aquilo que fora diagnosticado. Busca-se assim, um olhar “integral” da situação.

A integralidade é aqui compreendida em três sentidos: (a) a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural; (b) práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção reabilitação e cura; além de (c) a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população (BRASIL, 2010). E implica uma recusa ao reducionismo, à objetivação dos sujeitos e uma afirmação da abertura para o diálogo (MATTOS, 2009).

Sendo assim, a integralidade tem como componentes indissociáveis, a intersetorialidade e a diversificação. A diversificação de programas é considerada fundamental para se acolher alguém de forma integral, por reduzir a tão presente tentação a seleção.

O território é concebido como o espaço existencial que não se limita à dimensão física, confunde-se com o lugar, local de convivência e contigüidade, onde são construídos laços de sociabilidade e resistência entre vizinhos (SANTOS, 1996).

Concebido como estratégia de agregação de conhecimentos, a ESF com o NASF tem um grande potencial de ser contaminado com a prática exitosa dos serviços comunitários de saúde mental e, assim, compartilhar saberes e olhar os problemas no conjunto para cuidar de forma integral.

VI - Referencial Teórico

VI.I - A Desinstitucionalização e os Serviços de Saúde Mental no Brasil

Para Rotelli, Leonardis e Mauri (2001), a verdadeira Reforma Psiquiátrica se dá através da desinstitucionalização, que como um processo social complexo, mobiliza os sujeitos sociais envolvidos, tornando-os atores para que estes tenham condições de transformar as relações de poder entre os pacientes e as instituições e, assim, produzir estruturas de Saúde Mental que substituam inteiramente a internação psiquiátrica, através da “remontagem e reconversão” dos recursos materiais que ali foram depositados. Seus objetivos são superar a cronicidade e libertar-se da sua “função” de coação e internação.

A proposta é superar gradualmente a internação nos manicômios através da criação de serviços na comunidade, deslocando para o contexto social das pessoas, a prevenção, a reabilitação etc. A desospitalização, nesta perspectiva, é, para Rotelli, Leonardis e Mauri (2001), uma consequência da desinstitucionalização da loucura e não o início e definição do processo.

Na Itália, a transformação na organização dos sistemas de saúde mental rompeu o predomínio cultural do modelo segregador clássico da Psiquiatria, onde o manicômio constituía a única resposta ao sofrimento psíquico. Novas estruturas extra-hospitalares, médicas e sociais, que deveriam assistir aos pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos e constituir um filtro contra possíveis novas hospitalizações, foram criadas (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 2001).

A reforma realizada no Brasil foi fortemente influenciada pela Psiquiatria Democrática Italiana, nome dado à experiência realizada na cidade de Gorizia, coordenada por Franco Basaglia, das Comunidades Terapêuticas. Experiência que constrói a Reforma Psiquiátrica naquele país, com a lei que proíbe a internação em hospitais psiquiátricos e cria a rede extra-hospitalar (AMARANTE, 1995).

Outras experiências de reforma, como a da Psiquiatria Preventivista realizada pelos Estados Unidos, reorganizaram a saúde pública e a psiquiatria pensando na relação custo benefício, levando em consideração que os gastos com internações eram muito altos e sem resolutividade (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 2001). Neste país, a desinstitucionalização foi praticada como desospitalização, política de altas hospitalares, redução mais ou menos gradual de leitos. Esse projeto de reforma, diferentemente do Italiano que atribuiu responsabilidades ao Estado, remetia a responsabilização a problemas e dificuldades individuais e locais.

A política de desospitalização foi acompanhada de uma redução no tempo de internações e por um aumento complementar de altas e de reingresso. Produziu abandono de parcelas relevantes da população psiquiátrica e novas formas de internação (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 2001).

Visando possibilitar a superação do antigo modelo, enfrentando o desafio de colocar em prática novas formas de cuidado voltadas para as pessoas em sofrimento psíquico, a política de saúde mental do Ministério da Saúde do Brasil criou os CAPS (BRASIL, 2004).

O CAPS é um dispositivo estratégico da atual política pública de assistência à saúde mental, e tem como desafio central a desinstitucionalização. Deve ser entendido

também e principalmente como um modo de operar o cuidado e não como um mero estabelecimento de saúde. Para tal, é necessário que se sustente sobre um tripé formado pela rede, pela clínica e pelo cotidiano do CAPS. Sem a consideração de cada um deles, indispensáveis para a sustentação da estratégia “caps” de cuidado, o serviço do CAPS não será instrumento eficaz da desinstitucionalização (DELGADO e LEAL, 2007).

De acordo com a Portaria 224 do Ministério da Saúde do Brasil, de 1992, os CAPS são unidades de saúde locais / regionalizadas que contam com uma população local de referência definida e oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por meio de uma equipe multiprofissional, constituindo-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental (BRASIL, 1992).

Seu objetivo é oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. O cuidado cotidiano ofertado a pessoas com grave comprometimento mental ou egressas dos hospitais psiquiátricos tem sido um desafio para este dispositivo (BRASIL, 2004).

A política de saúde mental integrou-se, com seus dispositivos e equipamentos, no Brasil, à ESF, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerada uma estratégia privilegiada para desenvolvimento de ações de transformações significativas das práticas e saberes na área de saúde, o governo federal vem estimulando, desde 1994, a implantação do Programa Saúde da Família (tornado depois Estratégia Saúde da Família – ESF) nos municípios, como modo de responder às demandas então prevalentes no âmbito da atenção básica. Com o decorrer da experiência, passou-se a considerá-la como principal estratégia de mudança do modelo assistencial devido às possibilidades do alcance de suas intervenções sob a perspectiva de promoção e prevenção da saúde. Com essa mudança, a família passa a ser considerada como unidade de cuidado por meio da observação das condições que permeiam a existência dos indivíduos e que influenciarão nos determinantes ligados à saúde (BRASIL, 2006a).

VI.II - Atenção Básica: a ESF e o NASF

De acordo com a Política de Atenção Básica (BRASIL, 2011b), a Atenção Básica caracteriza-se por:

“um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2011b, p.3).

O Ministério da Saúde afirma que a Atenção Básica deve estar conectada a outros serviços do sistema de saúde, que devem lhe dar retaguarda e apoio, mas responsabilizar-se pelo seguimento dos casos ao longo do tempo, fazendo a gestão compartilhada dos casos mais complicados, que demandem outras tecnologias de cuidado, sempre que necessário. A diversidade de situações vivenciadas na Atenção Básica requer, ainda, a atuação articulada com os movimentos sociais e outras políticas públicas, potencializando a capacidade de respostas para além das práticas usualmente desenvolvidas pelos serviços de saúde (BRASIL, 2009b).

Estabelecido como estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica (BRASIL, 2006a), a Estratégia Saúde da Família (ESF) caracteriza-se como a porta de entrada prioritária do SUS, um sistema de saúde constitucionalmente fundado no direito à saúde e na equidade do cuidado e, além disso, hierarquizado e regionalizado. Essa nova organização vem provocando um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde em nosso país (BRASIL, 2007).

O principal propósito da ESF é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto das famílias e, com isso, melhorar a qualidade de vida da população (BRASIL, 2006a).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), a ESF tem como objetivo prestar assistência integral às famílias de seu território de abrangência, explorando o potencial da comunidade e atuando em diversos contextos sociais, muitas vezes extremamente desfavoráveis para os sujeitos que neles habitam. Essa assistência, no âmbito da Atenção Básica, é definida como conjunto de ações de caráter individual ou

coletivo, operadas no primeiro nível de atenção, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção dos agravos, o tratamento e a reabilitação.

As intervenções realizadas pelas equipes de Saúde da Família, apesar de pertencerem ao nível considerado mais básico da atenção, são de grande complexidade. Para que se possa obter efeito positivo sobre a saúde e a qualidade de vida da população, o exercício constante de intersetorialidade e interdisciplinaridade é indispensável (BRASIL, 2006a).

De acordo com a PNAB, dentre as especificidades da ESF estão: (1) a existência de equipes multiprofissionais compostas, conforme modalidade das equipes, por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários da Saúde, dentre outros profissionais em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população, que terão responsabilidade sanitária por um território de referência; (2) a responsabilidade de cada equipe de saúde da família por uma média de 3.000 pessoas, considerando o nível de vulnerabilidade das famílias daquele território; (3) cumprimento de carga horária de 40 horas semanais pelos profissionais, (4) cobertura de 100% da população cadastrada (BRASIL, 2011b).

Cabe ressaltar que a PNAB prevê a implantação da estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica com vistas à implantação gradual da ESF ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da atenção básica. Esta particularidade se dá pelo cumprimento de critérios específicos determinados pela portaria em questão (BRASIL, 2011b).

Tendo como principal objetivo apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, e aumentar a resolutividade desta, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde, em 2008, mediante a Portaria ministerial nº154, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (BRASIL, 2008).

No que se refere aos NASF, a PNAB estabelece que:

“...fazem parte da atenção básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de atenção básica). Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (ex.: CAPS, CEREST, Ambulatórios

Especializados etc.) além de outras redes como SUAS, redes sociais e comunitárias” (BRASIL, 2011, p 24 e 25).

Os NASF são constituídos por equipes compostas por profissionais de nível superior, de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada no apoio aos profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob sua responsabilidade, atuando diretamente no apoio matricial às equipes destas unidades (BRASIL, 2011b).

De acordo com a portaria 256 / 2013, podem existir em três modalidades de NASF (BRASIL, 2013):

NASF 1 - deverá estar vinculado a, no mínimo, 5 (cinco) e, no máximo, 9 (nove) Equipes de Saúde da Família; a soma das cargas horárias semanais dos profissionais da equipe deve acumular no mínimo 200 horas semanais; nenhum profissional, considerado isoladamente poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas semanais; e cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 80 horas de carga horária semanal.

NASF 2 - deverá estar vinculado a, no mínimo, 3 (três), e a, no máximo, 4 (quatro) Equipes de Saúde da Família, que deverá ter no mínimo três profissionais; a soma das cargas horárias semanais dos profissionais da equipe deve acumular no mínimo 120 horas semanais; nenhum profissional, considerado isoladamente poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas semanais; e cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 40 horas de carga horária semanal.

NASF 3 - deverá estar vinculado a no mínimo 1 (uma) e a no máximo 2 (duas) Equipes de Saúde da Família, agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada; a soma das cargas horárias semanais dos profissionais da equipe deve acumular no mínimo 80 horas semanais; nenhum profissional, considerado isoladamente poderá ter carga horária semanal menor que 20; e cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 40 horas de carga horária semanal.

Poderão compor os NASF 1, 2 e 3 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações – CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Gineco/Obstetra; Médico Homeopata; Médico Pediatra; Psicólogo Clínico; Médico Psiquiatra; Médico Geriatra;

Médico Clínico; Médico do Trabalho; Médico Veterinário; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Sanitarista; e Educador Social (BRASIL, 2013).

O NASF tem como requisitos, além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de equipes de Saúde da Família (SF) e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da SF. Deve estar comprometido, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da SF e entre sua própria equipe (NASF), incluindo na atuação, ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde (BRASIL, 2008).

Tem como “modus operandi” o apoio matricial para atuar em parceria com os profissionais das ESFs, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF no qual o NASF está cadastrado. O apoio matricial se dá pela constituição de uma rede de especialistas que apoiam o trabalho das equipes de Atenção Básica. O vínculo entre as equipes dos diversos equipamentos devem produzir deslocamentos de saberes, aumentando a resolutividade dos serviços (BRASIL, 2009b).

Desta maneira, o NASF não constitui porta de entrada do sistema de saúde para os usuários, mas apoio às equipes de saúde da família. Tem como eixos a responsabilização, a gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende, pela Saúde da Família (BRASIL, 2008).

A integralidade pode ser considerada a principal diretriz praticada pelos NASFs, podendo ser compreendida em três sentidos: (a) a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural; (b) práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção reabilitação e cura; além de (c) a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população (BRASIL, 2010). A amplitude de sua prática exige o reconhecimento da grande variedade de necessidades relacionadas à saúde e a disponibilidade de recursos para abordá-las.

Alguns princípios orientam as ações do NASF: Territorialização; Educação Popular em Saúde; Interdisciplinaridade; Participação Social; Intersetorialidade; Educação Permanente em Saúde; Humanização; e Promoção da Saúde. Além disso, utiliza-se das ferramentas tecnológicas de “apoio a atenção”, tais como Apoio Matricial, Clínica Ampliada, do Projeto Terapêutico Singular (PTS), Projeto de Saúde no Território

(PST) e de “apoio a gestão”, como a Pactuação do Apoio para organizar o seu processo de trabalho (BRASIL, 2010).

A estratégia essencial é a superação do modelo médico, com a criação de espaços coletivos de discussões, internos e externos, visando alcançar a construção de redes de cuidado. Para tal, é necessário que os profissionais do NASF assumam suas responsabilidades em regime de cogestão com as equipes de SF e sob a coordenação do gestor local, em processos de constante construção (BRASIL, 2009).

Na ESF, os profissionais atuam com a proposta de “equipe de referência”, que parte do pressuposto de que existe interdependência entre os profissionais, priorizando assim a construção de objetivos comuns na equipe e reconhecendo as diferenças, sem tentar eliminá-las, mas aproveitando a riqueza que ela proporciona (BRASIL, 2009).

Segundo Campos e Domiti (2007), Apoio Matricial e Equipe de Referência são:

[...] arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. A composição da equipe de referência e a criação de especialidades em apoio matricial buscam criar possibilidades para operar-se com uma ampliação do trabalho clínico e do sanitário, já que se considera que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral (CAMPOS e DOMITI, 2007, p.400).

São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF, propostas pela PNAB: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes, suporte à organização do processo de trabalho (acolhimento, cuidado continuado/programado, ações coletivas, gestão das agendas, articulação com outros pontos de atenção da rede, identificação de necessidades de educação permanente, utilização de dispositivos de gestão do cuidado etc) (BRASIL, 2011b).

A Clínica Ampliada, enquanto dispositivo resolutivo da política de humanização do SUS, não desvaloriza nenhuma abordagem disciplinar. Ao contrário, busca integrar várias abordagens, uma vez que esse trabalho é transdisciplinar e coloca em discussão justamente a fragmentação do processo de trabalho (BRASIL, 2009b).

Para que uma clínica adequada se realize é necessário saber, além do que o sujeito apresenta de “igual”, aquilo que ele traz de “diferente”, de singular. Inclusive um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo, para que se possibilite que a doença não impeça o indivíduo viver outras dimensões da vida, que não somente a própria doença (BRASIL, 2009b).

A proposta da Clínica Ampliada engloba cinco eixos: Compreensão ampliada do processo saúde doença; Construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas; Ampliação do objeto de trabalho; Transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho; e Suporte para os profissionais de saúde (BRASIL, 2010).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS), de acordo com o manual de diretrizes do NASF, é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, incluindo-se o apoio matricial, quando necessário (BRASIL, 2010).

Essa ferramenta busca propiciar uma atuação integrada da equipe em situações mais complexas. Para que ela seja efetiva toda a equipe deve opinar e ter a sua opinião levada em consideração na definição de propostas de ações no que se refere à demanda de cuidado em saúde (BRASIL, 2010).

O PTS abrange quatro momentos: 1º - a equipe procura compreender como o sujeito singular se coproduz diante da vida e da situação de adoecimento, não focando apenas nos problemas, mas também nas potencialidades; 2º - a equipe trabalha as propostas que serão negociadas com o sujeito; 3º - são definidas as tarefas de cada um e o profissional de referência do caso, buscando favorecer a continuidade e articulação entre formulação, ações e reavaliações; 4º - são discutidas a evolução e feitas, se necessário, modificações nas ações planejadas no Projeto Terapêutico (BRASIL, 2010).

O Projeto de Saúde no Território (PST) é uma estratégia de gestão que busca desenvolver ações efetivas na produção da saúde em um território focadas na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades (BRASIL, 2010).

Sua construção é de responsabilidade das equipes de saúde e deve levar em conta: justificativa da priorização de certa área e/ou população vulnerável ou em risco; compreensão do processo histórico e social singular do território; definição dos objetivos; identificação de outros atores e/ou instituições importantes para o projeto e com ele poderiam se comprometer (BRASIL, 2010).

O conceito de território que orienta estrategicamente as ações de saúde coletiva, e consequentemente da saúde mental, deriva da geografia crítica, sendo fortemente influenciado pela teorização de Milton Santos. Para este autor, o território é espaço existencial que não se limita à dimensão física, confunde-se com o lugar, local de convivência e contigüidade, onde são construídos laços de sociabilidade e resistência entre vizinhos (SANTOS, 1996).

O planejamento e implementação do Projeto deve se dar no espaço coletivo ampliado, com a participação de usuários, comunidade e outros setores públicos e privados. Para tal, faz-se necessário a criação de espaços coletivos de discussão que possibilitem a formação de redes de co-gestão e corresponsabilidade, instaurando um processo de cooperação e parceria entre os diversos atores sociais do território (BRASIL, 2010).

De acordo com o manual de Diretrizes do NASF, a inclusão de ações de saúde mental na Atenção Básica é uma das principais formas de ampliação do acesso aos cuidados em saúde mental. Além disso, existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave para a adesão à práticas de promoção da saúde ou de vida mais saudáveis (BRASIL, 2010).

Para que as ações de saúde mental sejam realizadas nas Unidades Básicas, é necessário um trabalho compartilhado de suporte para as equipes de SF, por meio do Apoio Matricial em saúde mental pelos profissionais dos NASF. Através da responsabilização compartilhada, espera-se aumentar a capacidade resolutiva da equipe local, estimulando a interdisciplinaridade e a aquisição de novas competências (BRASIL, 2003).

Além disso, através do documento “Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários”, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) estabelece que as ações de saúde mental na atenção básica devem ter como os princípios fundamentais:

“noção de território; organização da ação em saúde mental em rede; intersetorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade / interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção da cidadania dos usuários; e construção da autonomia possível de usuários e familiares” (BRASIL, 2003, p. 3).

Vale ressaltar que no apoio do NASF às equipes de SF, o suporte à gestão e a criação de possibilidades e espaços de escuta das queixas e sugestões das equipes é

essencial para a integração das equipes, implantação do apoio matricial e para a avaliação contínua do processo, buscando o aperfeiçoamento e o desenvolvimento de novas estratégias (BRASIL, 2010).

Quanto às ações de saúde mental na Atenção Básica, de responsabilidade conjunta do NASF e equipes de SF, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) orienta que sejam norteadas pelas seguintes diretrizes:

“1- Responsabilidade pelo cuidado aos usuários de saúde mental do território, que deve ser compartilhada entre as equipes de Saúde da Família, NASF e dispositivos de saúde mental [...]; 2- Rompimento com a lógica do encaminhamento e da não responsabilização pós-referência; 3- Planejamento e realização do diagnóstico da situação de saúde mental da população do território [...]; 4- Reuniões interdisciplinares periódicas para discussão de casos e educação permanente [...]; 5- Reuniões interdisciplinares periódicas entre todos os profissionais da equipe do NASF; 6- Atendimento compartilhado por meio de consultas conjuntas nas unidades, nos domicílios e outros espaços da comunidade [...]; 7- Integração entre equipes de Saúde da Família, NASF e as redes de saúde e de apoio social [...]; 8- Planejamento e execução conjunta de atividades comunitárias e terapêuticas e de promoção da saúde, além de atividades de geração de trabalho e renda” (BRASIL, 2010, p. 41).

Objetivando aumentar as possibilidades de intervenção e de resolutividade das equipes de SF, no que se refere aos problemas de saúde mental do território da ESF, as ações de saúde mental desenvolvidas pelo NASF devem buscar (BRASIL, 2010, p. 42 e 43):

- 1- “Apoiar as equipes de SF na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de transtornos mentais comuns, severos e persistentes”, articulando-se com o CAPS, sempre que necessário;
- 2- Trabalhar com as estratégias de redução de danos, além de realizar detecção precoce de situações que necessitem de atenção nos casos de uso prejudicial de álcool e outras drogas;
- 3- Viabilizar a construção de projetos de detecção precoce de situações de sofrimento mental, bem como ‘desenvolver ações de prevenção e promoção em saúde mental’;
- 4- Fomentar ações que visem à diminuição do preconceito e da segregação com a loucura;

- 5- “Incentivar e apoiar a organização de iniciativas de inclusão social pelo trabalho”;
- 6- “Ampliar o vínculo com as famílias e com a comunidade”;
- 7- Estimular a mobilização de recursos comunitários, além de;
- 8- Auxiliar no monitoramento e avaliação das ações de saúde mental na Saúde da Família.

No que se refere à Saúde Mental, merecem destaque dentre as áreas estratégicas que compõem o NASF, a Saúde da Criança e do Adolescente, a Saúde da Mulher, a Saúde integral da Pessoa Idosa (BRASIL, 2010).

Quanto à atenção a saúde da Criança e do Adolescente, o NASF deve apoiar as ações relacionadas ao desenvolvimento infantil; a situações de risco envolvendo crianças, particularmente quando vítimas de violência intradomiciliar; a abordagem de problemas como patologias graves, doenças crônicas, malformações congênitas, doenças metabólicas, transtornos mentais e outras que necessitem de cuidados especiais; e à evitação de práticas desnecessárias de medicalização (BRASIL, 2010).

Com relação à saúde da mulher, destacam-se a menacme, fase reprodutiva da mulher, pois é a fase quando a mulher vivencia suas maiores alterações hormonais, corporais e psicoafetivas; e o climatério e a menopausa, com atenção aos distúrbios psicossomáticos e o desenvolvimento da síndrome do ninho vazio (BRASIL, 2010).

Com relação à saúde mental feminina, cabe ressaltar a prevalência de transtornos mentais como a depressão e o transtorno de ansiedade, destacando-se a depressão pós-parto, que tem sido considerada um transtorno mental específico, é outra causa de preocupação, principalmente aquela com sintomas psicóticos, pois causa comprometimento do binômio mãe-filho. Além da presença de violência intrafamiliar e do processo de desmoralização da mulher como fatores importantes no adoecimento (BRASIL, 2010).

Verifica-se, ainda, que a presença de transtorno mental concomitante piora o prognóstico e a resposta ao tratamento de enfermidades como a hipertensão e a diabetes. Outra dificuldade na atenção à saúde da mulher está associada à prescrição excessiva de benzodiazepínicos (BRASIL, 2010).

Sendo assim, a tarefa das equipes de SF, com o apoio do NASF:

Escutar, acolher e apoiar essa mulher em suas angústias e dificuldades, mobilizando a rede social familiar e comunitária, apoiando sua elaboração e

superação, diagnosticando e tratando seus sintomas conforme o grau de dificuldades que apresentem [...] (BRASIL, 2010, p. 114).

No que concerne à saúde integral da pessoa idosa, devem ser consideradas as situações de vulnerabilidade correlacionadas a transtornos psíquicos e abuso de álcool e outras drogas. O NASF tem papel fundamental na prevenção, redução de incapacidade e deficiências, potencializando conhecimentos novos e complementares às ações da equipe de saúde da família, com vistas na melhoria da qualidade de vida.

VI.III – O NASF como dispositivo de integração

Da escassa produção de investigações publicadas a respeito da atuação do NASF, podem ser citados alguns trabalhos recentes que se revelam úteis para pensar a perspectiva da integralidade das ações e o apoio matricial ao nível da atenção básica.

Drummond Junior (2009) publicou pesquisa realizada em Betim/ MG, onde investigou uma experiência de cuidados em Saúde Mental na Atenção Básica protagonizada por agentes comunitários de saúde (ACS) lotados em uma unidade básica de saúde do município. Trata-se de pesquisa qualitativa, cuja fonte de dados foram entrevistas semi-estruturadas realizadas com ACSs e técnicos de enfermagem e observação participante e a análise dos dados se deu a partir da técnica de Análise Temática de Conteúdo. O trabalho concluiu que o matriciamento realizado pelo NASF é fundamental para a realização de ações de saúde mental na Saúde da Família.

Entre os resultados da pesquisa destacamos aqui: 1- a realização da clínica ampliada em saúde mental com a participação transversalizada de ACS, através do apoio matricial na unidade analisada; 2- a execução efetiva de práticas de saúde mental pelos ACS, baseados em conhecimentos adquiridos e construídos em processo de educação permanente em Saúde Mental através de reuniões de equipe semanais e na prática da escuta de usuários, que puderam exercer, de maneira supervisionada, durante o período em que se realizou acolhimento na unidade; 3- a realização pelos ACS de ações de identificação de casos e de encaminhamento para as reuniões de discussão de casos; o acompanhamento de diversos casos, em oficinas, residências, nos caminhos entre residência e serviço, norteados por princípios da Reforma Psiquiátrica (DRUMMOND JÚNIOR, 2009).

O estudo descritivo transversal realizado por Fernandes, Barboza e Sousa (2012) em dois (2) municípios de Recife, com o objetivo analisar o perfil e as atribuições dos fonoaudiólogos no NASF de acordo com o que preconiza a Portaria 154, verificou que apesar experiência em trabalhos com a comunidade, as ações dos fisioterapeutas são prioritariamente de atendimentos domiciliares e ambulatoriais, fato justificado pelos autores pelo tempo em que esses profissionais atuaram em ambulatórios e atendimento especializados. Segundo os autores, como pontos positivos destacam-se a realização do diagnóstico do território antes do início do trabalho, confirmando a pactuação de grupos prioritários com as Equipes da ESF; visitas domiciliares, com atendimento para orientação aos familiares, grupos educativos e reuniões para discussão de casos clínicos com as equipes de Saúde da Família, atendendo, assim, às atribuições profissionais preconizadas na portaria 154/08. O desafio a ser enfrentado pela equipe, de acordo com a pesquisa, é a ampliação das competências e habilidade dos profissionais na atuação interdisciplinar e desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e promoção à saúde (FERNANDES, BARBOZA, SOUSA, 2012).

Trabalho realizado por Barbosa, Ferreira, Furbino e Ribeiro (2010), na cidade de Governador Valadares/MG, objetivou levantar os aspectos facilitadores e dificultadores da atuação da fisioterapia no NASF. As observações mostraram que a formação assistencialista dificulta o acolhimento e a organização das ações, sendo o atendimento individual, a principal prática realizada pelos fisioterapeutas. Os autores acreditam que a formação clínica impede o desenvolvimento e a flexibilidade desses grupos, fazendo com que necessitem de mais tecnologia para trabalhar. A prática isolada do cuidado não permite a atenção integral à comunidade (BARBOSA, FERREIRA, FURBINO e RIBEIRO, 2010).

VII – Procedimentos Metodológicos

VII.I - Pesquisa Qualitativa e Estudo de Caso

É evidente o crescente interesse pelas abordagens qualitativas na área da saúde. De modo geral, a investigação qualitativa aborda um número pequeno de participantes, requer intencionalidade e admite a subjetivação no julgamento da parte do pesquisador, abrangendo os universos simbólico e representacional das relações entre os sujeitos da pesquisa.

A realização da pesquisa qualitativa é inerente à construção complexa do objeto “saúde”. Ao defendermos uma concepção ampliada de saúde, pretensão fundamental sobre a qual se constituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, introduzimos a

necessidade de compreensão dos fenômenos sociais e sua interpretação propiciadas pelas ciências sociais e pela pesquisa qualitativa.

Para Pope e Mays (2009), interpretar os fenômenos sociais a partir do sentido que as pessoas atribuem a eles caracteriza a pesquisa qualitativa enquanto investigação da vida social em seu ambiente natural. Lidando com falas, discursos, palavras, a pesquisa qualitativa em saúde investiga comportamentos humanos, tomadas de decisão por profissionais, organizações de serviços, programas e sistemas.

É com a perspectiva de integrar os diversos campos disciplinares envolvidos pela saúde, abrangendo o biológico e o social, que Minayo (2007) percebe as abordagens qualitativas. A autora apresenta a pesquisa qualitativa como investimento para a compreensão de lógicas internas de grupos, instituições e atores e identifica três campos temáticos para os quais as investigações devem se voltar: “valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos”, “relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais”, “processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais” (MINAYO, 2007, p. 23).

No contexto dos métodos qualitativos, situamos a nossa pesquisa como um estudo de caso.

Segundo Yin (2010), diferentemente dos estudos experimentais, o estudo de caso surge como estratégia investigativa para fenômenos contemporâneos ocorrendo na vida real, fora do controle do pesquisador, onde são concorrentes variáveis diversas baseadas em diferentes fontes de informações. Para o autor, o estudo de caso baseia-se em generalizações analíticas sobre fenômenos sobre os quais foram formuladas proposições teóricas prévias que deverão ser examinadas. Nesse sentido, a descrição de uma ou múltiplas intervenções em contextos reais de ocorrência é uma das aplicações do estudo de caso.

Embora Yin (2010) reporte a utilização dos estudos de caso na pesquisa avaliativa em geral e Pope e Mays (2009) e Silva (2005) na avaliação de serviços de saúde, propomos a nossa pesquisa como um estudo exploratório descritivo.

Pope e Mays (2009) apontam que o estudo de caso é método utilizado para investigar mudanças em serviços de saúde, promovidas pela instituição e implementação de políticas. Com essa perspectiva, afirmam os autores, entrevistam-se os participantes perguntando sobre suas experiências, realizam-se observações de reuniões de trabalho e práticas de intervenção, colhem-se informações documentais.

Alertam Pope e Mays (2009) sobre a sensibilidade do estudo de casos ao possibilitar, diferentemente de outras abordagens, a consideração de aspectos de colaboração e conflito próprios do ambiente real.

O objetivo de nossa pesquisa foi estudar, por meio de uma investigação qualitativa de estudo de caso de caráter descritivo, a atuação de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), tendo como referência sua relação com a saúde mental integrada aos propósitos da atenção básica no nível local, enquanto estratégia integrada à perspectiva da territorialização das ações. Enfatizaram-se, neste aspecto, a integralidade das ações, a desinstitucionalização e a promoção da saúde mental ao nível do território. O cenário escolhido foi um município de pequeno porte, localizado na região Serrana do estado do Rio de Janeiro.

O método de estudo de caso adequou-se à proposta de pesquisa, que envolveu uma estrutura organizacional recentemente implantada, como são os NASFs, orientada por uma política setorial definida que pretende mudanças na prestação de serviços.

No entendimento de Yin (2010), o estudo de um caso único justifica-se quando a situação observada apresenta características específicas interessantes não estudadas previamente. O contexto atual do município selecionado pode ser considerado nessas condições, tratando-se de uma região submetida a tensões geradas por perspectivas de transformações socioeconômicas e culturais que devem ter impacto importante sobre os níveis e características de saúde locais com a instalação de um poderoso complexo industrial na região.

A equipe local de trabalho no NASF no município de análise conta atualmente com sete profissionais: um psicólogo, um assistente social, um ginecologista, uma pediatra, uma nutricionista, médico veterinário e uma farmacêutica.

Como é próprio do estudo de caso, a pesquisa proposta envolveu métodos diversos de obtenção de informações: entrevistas semi-estruturadas com os membros da equipe de trabalho, observação direta, e acesso a banco de dados de domínio público. Um diário de campo foi utilizado para o registro das observações e impressões do pesquisador.

Neste estudo, as entrevistas e a pesquisa envolvendo as demais fontes (sistema de informação da Atenção Básica; observação de campo e registros em diário de campo) foram orientadas para a consideração de características fundamentais para a definição da estratégia de atenção básica no SUS, ligadas à operacionalização da integralidade das ações. Considerando a interligação destes elementos estratégicos, nos atentamos, então, para: intersetorialidade; abordagem e tratamento da questão da saúde mental em sua

integração com o sistema de serviços ao nível da atenção básica; sentido do NASF na rede dos serviços; nível de integração interdisciplinar da equipe do NASF; capacitação da equipe do NASF; entendimento do papel do NASF pelos membros da equipe; práticas operativas do NASF; construção conjunta de projetos e processos de abordagens, considerando a equipe do NASF e o conjunto NASF-CAPS-equipes de ESF; sentido da perspectiva de territorialização; intervenções no território.

As entrevistas mostram impressões humanas sobre os fatos, cuja interpretação pelo pesquisador é complementada com informações de outras fontes, obtidas das observações diretas ou no acompanhamento de reuniões de equipe, e com as visitas de campo que fornecem conhecimento sobre o funcionamento da organização e a prática dos atores.

Os achados das entrevistas e observação foram triangulados. Chama-se triangulação à combinação ou comparação de resultados de mais de um método de coleta de dados, sendo essa operação um recurso para atribuir qualidade e validade à pesquisa. Como explicam Pope e Mays (2009), dessa forma o pesquisador busca relações entre os achados procurando assegurar a abrangência do conjunto de dados na interpretação de resultados. A triangulação é considerada critério de rigor em pesquisas qualitativas (MINAYO, 2007; POPE e MAYS, 2009).

VII.II – Entrevista e Entrevista Semi-Estruturada

A entrevista é a estratégia mais utilizada nas pesquisas qualitativas que incluem trabalho de campo. A relação entre o entrevistado e o pesquisador possibilita a construção de informações pertinentes para o objeto de pesquisa. (MINAYO, 2007).

Segundo Minayo (1992) a entrevista é um instrumento privilegiado para coleta de dados pela possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas.

Podem ser consideradas conversas com finalidade e se caracterizam por sua forma e organização. É um momento rico, onde o discurso passa a absorver as expressões, opiniões, crenças, sonhos, assim como as próprias contradições entre o pensar e o agir (MINAYO, 2007).

Vale destacar que a amostra utilizada na pesquisa foi intencional. Foram entrevistados somente os profissionais que compõem a equipe do NASF do município.

Neste estudo foi utilizada a técnica de entrevista semi-estruturada.

A entrevista semi-estruturada, de acordo com Minayo (2007), é aquela que combina tanto perguntas fechadas como abertas, dando ao entrevistado a possibilidade de ampliar seu discurso sem se prender ao que lhe foi indagado (MINAYO, 2007).

Para sua realização foi construído um roteiro, com temas a serem abordados de acordo com os objetivos da pesquisa, que se acredita que complete a abrangências das informações esperadas, sirva de orientação e guia e permita, ainda, flexibilidade nas conversas e absorção de novos temas e questões relevantes para o estudo (Apêndice I).

As entrevistas foram gravadas e transcritas em sua literalidade para posterior análise dos dados, sem a identificação dos sujeitos. O critério de inclusão para participação neste estudo foi ser um profissional do NASF lotado no município de realização da pesquisa.

VII.III - Observação Participante

O objetivo da observação é obter informações sobre práticas, papéis e relações dos atores no ambiente organizacional real. Assim, em certo sentido, a observação que requer a presença do pesquisador no cenário da pesquisa é sempre participante, desde que o observador passa a ser parte do contexto sob investigação, modificando-o e sendo modificado por ele (MINAYO, 2007).

A observação direta é um processo negociado. O pesquisador deve negociar com o grupo de participantes o acesso aos ambientes escolhidos para observação (POPE e MAYS, 2009).

A observação participante é, portanto, um processo criterioso, já que o contato com o pesquisador no processo de negociação e o próprio ato da observação podem induzir mudanças de comportamento e expectativas de favorecimento para a obtenção de julgamentos positivos (POPE e MAYS, 2009).

Neste estudo, a observação se deu em uma Reunião de equipe, do NASF (Apêndice II), quando procuramos investigar as relações entre as estruturas organizacionais, suas práticas e objetivos, com ênfase nas relações entre o trabalho do NASF e a atenção básica à saúde mental.

VII.IV - Diário de Campo

Na pesquisa foi utilizado um “diário de campo”, considerado por Minayo (2007) como “o principal instrumento de trabalho de observação”. A autora nos recorda que este dispositivo nada mais é que um caderninho de registro, caderneta ou arquivo eletrônico.

No diário de campo registramos todas as informações que não fazem parte do material recolhido formalmente.

O diário de campo revela-se um importante instrumento para registro das impressões do pesquisador no curso da investigação.

As informações registradas no “diário de campo” foram utilizadas no processo de construção de sentidos durante a análise qualitativa.

VII.V - Análise de Dados

Para a análise dos dados utilizamos o método de análise de conteúdo, que constitui uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de documentos e textos, visando a reinterpretação das mensagens e a compreensão de seus significados num nível além da leitura comum (MORAES, 1999).

Em termos gerais, a “Análise de Conteúdo pode ser definida como um conjunto de instrumentos metodológicos que têm como fator comum uma interpretação controlada, baseada na inferência” (BARDIN, 2010, apud CASTRO, ABS e SARRIERA, 2011).

Segundo Olabuenaga e Ispizúa (1989, apud MORAES, 1999), é uma técnica que, empregada adequadamente, permite o conhecimento de aspectos e fenômenos da vida social que sem ela seriam inacessíveis.

A matéria prima da análise do conteúdo é constituída de qualquer material oriundo de comunicação verbal e não-verbal. No entanto, estes dados necessitam ser processados para permitir o trabalho de compreensão, interpretação e interferência a que busca essa análise de dados.

Moraes (1999) chama a atenção, citando Krippendorff (1990), para as múltiplas perspectivas da investigação dos textos e para a influência que entrevistado e entrevistador exercem sobre os dados, da qual o pesquisador não pode fugir. Sendo assim,

o pesquisador nunca faz uma leitura neutra, pois sua interpretação se dá pela percepção que tem dos dados.

Nesta técnica a compreensão do contexto é indispensável para o entendimento do texto já que a comunicação é simbólica. Este deve ser explicitado e reconstituído pelo pesquisador.

Segundo Bardin (2010, apud CASTRO, ABS e SARRIERA, 2011), as regras que definem o trabalho da análise de conteúdo estão presentes ao longo de um processo de preparação, de elaboração e de relato de resultados. São regras lógicas de organização, categorização e tratamento de dados quantitativos ou qualitativos.

Moraes (1999) propôs um processo de análise de conteúdo constituído de cinco etapas:

1- Preparação da informação - quando o material é trabalhado para virar dado, que consiste na identificação das diferentes amostras de informação a serem analisadas e no início do processo de codificação dos materiais;

2- Unitarização - é o processo de fragmentação, onde se transforma dados brutos em unidades de análise. Essas unidades devem representar conjuntos de informações que tenham um significado completo em si mesmas, pois serão submetidas à classificação. Durante este processo faz-se necessário a definição de uma unidade mais ampla do que a de análise, que sirva de referência a esta, fixando limites contextuais para interpretá-la, a unidade de contexto. Esse procedimento é fundamental, pois o processo de divisão das mensagens em unidades significativas confere a estas perdas de significado. E a unidade de contexto permitirá que periodicamente se retorne ao contexto de onde cada unidade provém para explorá-la de forma mais completa, sempre que necessário.

3- Categorização - segundo OLABUENAGA e ISPIZÚA (1989, apud, Moraes, 1999), em sua essência, é um processo de redução de dados, resultando de um esforço de síntese de uma comunicação, destacando-se neste processo seus aspectos mais importantes. Deve fundamentar-se numa definição precisa do problema, dos objetivos e dos elementos utilizados na análise de conteúdo. Os principais critérios de constituição de categorias na análise de conteúdo são a validade, garante uma reprodução adequada e pertinente dos conteúdos; exaustividade, possibilita inclusão de todo o conteúdo significativo definido de acordo com os objetivos da análise; homogeneidade, fundamenta em um único princípio ou critério de classificação, sua organização; exclusividade, garante que um mesmo dado não seja incluído em mais de uma categoria, ou seja, cada elemento ou unidade de conteúdo faça parte de mais de uma categoria; e

objetividade, garante que as regras de classificação possam ser aplicadas consistentemente ao longo de toda a análise, para isso, devem ser explicitadas com suficiente clareza de modo que não fique nenhuma dúvida quanto às categorias em que cada unidade de conteúdo deva ser integrada.

Vale ressaltar que em uma análise qualitativa, como é o caso deste projeto, a construção da validade e das outras características das categorias, ocorre ao longo de todo o processo.

4- Descrição - é o primeiro momento de comunicação dos resultados do processo de análise. É o momento de expressar os significados captados e intuídos nas mensagens analisadas.

5- Interpretação - é o movimento de procura de compreensão, onde busca-se atingir a profundidade da análise. Neste caso a interpretação permitirá emergir a própria teoria, que será produzida a partir dos materiais analisados.

Quanto a abordagem, a análise de conteúdo utiliza-se basicamente de duas: dedutiva-verificatória-enumerativa-objetiva que parte de teorias e hipóteses para propor uma testagem ou verificação das mesmas; e a abordagem indutiva-construtiva que toma como ponto de partida os dados, construindo a partir deles as categorias e a partir destas a teoria (MORAES, 1999).

O presente trabalho se fundamentou na abordagem indutiva-construtiva, uma vez que sua finalidade não foi generalizar ou testar hipóteses, mas construir uma compreensão dos fenômenos investigados. Sendo assim, buscou explorar, igualmente, o conteúdo manifesto e o conteúdo latente.

VII.VI - Aspectos Éticos

Todos os entrevistados expressaram sua concordância em participar da pesquisa através de assinatura no “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (Apêndice III), elaborado sob as prescrições da Portaria 196/96 (regulamentação sobre a ética nas pesquisas) para apresentação ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.

Aos participantes da pesquisa foi entregue impresso antes da realização da entrevista, o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, que foi lido em voz alta e

realizado todos os esclarecimentos necessários, podendo o participante desistir a qualquer momento de participar da pesquisa.

Para resguardar o sigilo das informações e proteger os participantes, já que se trata de uma amostra pequena, algumas medidas foram tomadas: os participantes não foram identificados pelo nome, mas sim através de números relacionados às entrevistas (E1, E2, E3...); o município, também, não foi identificado; os arquivos de áudio e das entrevistas transcritas foram armazenados em computador de uso restrito da pesquisadora; os dados ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora por cinco anos e serão destruídos após este período.

Vale ressaltar que o Projeto de Pesquisa, submetido a qualificação em 13 de setembro de 2012, foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em 31 de maio de 2013, respaldado pelo parecer nº 289.787.

VIII – Resultados e Discussão

VIII.I – Cenário Encontrado

Ao iniciarmos o trabalho de campo nos deparamos com um cenário em processo de reestruturação devido a recente mudança de governo local. De uma forma ou de outra, as eleições municipais geraram mudanças, trocas de gestores e técnicos nas equipes que provocaram tensões. As mudanças influenciaram o trabalho, porque tivemos que ratificar a autorização para realização da pesquisa; entrevistáramos seis profissionais, a maioria dos quais participou da implantação do NASF, e acabamos por entrevistar sete, sendo que apenas dois participaram, diretamente, da implantação do dispositivo supracitado, fazendo parte da equipe, e um, indiretamente, pois fazia parte da equipe de gestão da Secretaria de Saúde. Pelo que foi observado e narrado, as mudanças políticas e administrativas atingiram o processo de trabalho dos profissionais, que estavam capacitados e engajados enquanto equipe. Por se tratar de um equipamento novo, “recentemente” implantado, foi verificado um retrocesso. No entanto, a equipe deixa

claro que, mesmo com a mudança de gestão, continuam sendo apoiados e tendo liberdade para atuarem. Sentem-se reconhecidos.

Essa conjuntura teve reflexo no trabalho, uma vez que nos deparamos com profissionais inseridos na equipe há pouco tempo, sem experiência anterior, ainda se familiarizando com a proposta de trabalho.

VIII.II – Perfil dos Entrevistados

Foram entrevistados sete profissionais, que estão inseridos no NASF, sendo um, psicólogo, um assistente social, um nutricionista, um médico veterinário, um farmacêutico, um ginecologista e um pediatra. Destes, cinco são do sexo feminino e dois são do sexo masculino, sendo a variação da faixa etária entre 25 e 63 anos.

Quanto à formação, a maioria deles relata ter feito pós-graduação, mas apenas um entrevistado cursou na área da saúde pública.

No que se refere à experiência profissional, cinco já atuavam na rede municipal, sendo quatro deles na atenção básica, e dois relataram ser a primeira experiência na área de saúde pública. Três deles ocupam outro cargo na Secretaria Municipal de Saúde. Em relação ao vínculo trabalhista, todos são contratados pela Prefeitura Municipal.

Sobre o tempo de atuação dos profissionais no NASF, o farmacêutico está inserido há dois meses; o ginecologista, há quatro meses; o psicólogo e o pediatra, há cinco meses; o médico veterinário, há um ano; o nutricionista e assistente social, há cinco anos.

De acordo com o discurso, apenas os profissionais que participaram da implantação do serviço foram capacitados externamente, considerando que os próprios encontros entre os profissionais e entre os profissionais e o usuário refletem mudanças em suas práticas.

Usando um código para efeito de identificação, chamamos entrevistados de E, em referencia a Entrevistados e o enumeramos.

Desse modo, o perfil dos entrevistados visa contribuir para uma melhor compreensão do atual contexto de implantação do NASF, no município, com seus limites e potencialidades, no que se refere ao cuidado em saúde mental.

De acordo com os pressupostos metodológicos desta pesquisa, delineados anteriormente, as falas dos entrevistados foram analisadas e interpretadas à luz de três

categorias: Implementação do NASF; Atuação do NASF; A atuação do NASF na Promoção da Saúde Mental.

VIII.III – Categorias

VII.III.I – Implementação do NASF

Ao analisar a Implementação do NASF, no contexto do município pesquisado, temos a possibilidade de ampliar a ótica sobre a inserção dos profissionais, as contribuições advindas desta realidade e as adversidades encontradas.

Visamos aqui identificar, no discurso dos atores, questões referentes ao momento de implantação da equipe do NASF, no município estudado.

De acordo com os profissionais, o projeto do NASF, elaborado pela gestão da Atenção Básica, e sua implantação aconteceram em 2008 com a formação da equipe, que se deu por seleção de currículo, dos profissionais que já atuavam na Secretaria:

(E2) (...) quando surgiu o NASF, que foi um projeto habilitado pela gestão anterior, eles pediram o currículo, para avaliar o currículo, foi aonde eu fui selecionada para trabalhar no NASF e tô até hoje no NASF.

Por tratar-se de um dos primeiros NASF do Estado do Rio de Janeiro, e sendo este um equipamento novo dentro da Atenção Básica, a experiência de implantação foi relatada, por alguns entrevistados, como algo desafiador:

(E2) (...) a gente entrou assim, nua e crua, sem saber o que seria da gente, até com muito medo. A gente fala até hoje, que a gente tava com muito medo sem saber se a gente ia conseguir conquistar ou não (...). A gente começou a pensar, como começar? Por que a gente não sabia nem o que era NASF. (...) Por que na realidade o que todos os profissionais viam é que a gente foi preparado na Faculdade para ser cuidador. Não tinha essa coisa de promoção, da

prevenção, apesar de que a gente sabe que existe isso, mas não era tão ativo isso na Estratégia de Saúde da Família.

Segundo Baptista e Rezende, a implementação pode ser compreendida, no que se refere à análise política, como um jogo onde a autoridade central procura influenciar os agentes implementadores a colocar em prática objetivos e estratégias que lhe são estranhas.

(E2) Foi um trabalho de muita aprendizagem. Veio o pessoal da Secretaria de Estado do Rio (...) dar uma orientação a gente de como seria o NASF no município. Tiveram muitas reuniões (...) A gente trabalhou em cima de reuniões. (...) De vez em quando o pessoal do Estado vinha e dizia que a diretriz que vocês estão fazendo tá certo, outra não, vamos mudar essa diretriz. E orientava assim mais ou menos.

Os mesmo autores acrescentam que a resposta de aceitação, neutralidade ou rejeição, dos agentes implementadores depende de muitos fatores, tais como entrosamento entre os formuladores e implementadores, a compreensão da política, o conhecimento de cada fase do processo e da quantidade de mudança envolvida com a nova política” (BAPTISTA e REZENDE, 2009).

(E2) A gente trabalhou em cima de reuniões O que fazer? Por que na realidade a gente tinha que ser matriciador, a gente tinha que dar o apoio à Unidade de Saúde.

(E6) A gente foi implementando, assim, criando uma cara do NASF, né. Por que o projeto é uma coisa, né. Lá no papel é uma realidade, né, de ideal. Mas assim, na prática um pouco a gente foi adequando a essa realidade. (...) a gente fez essa reunião tudo em equipe (...). Então, assim, a gente foi, através de reuniões, adequando essa realidade.

Para Viana e Baptista (2008), quando se implementa uma política é que se descobre suas potencialidades e limites, se estabelecem novos pactos com os protagonistas responsáveis pela prestação direta dos serviços, sendo estes os principais personagens nesta fase. Assim, inicia-se uma nova formulação da política, de acordo com o contexto local, e com a compreensão dos personagens responsáveis pela aplicabilidade mais imediata das ações.

Pudemos identificar na fala dos entrevistados as estratégias adotadas na implementação do NASF, onde a pactuação e a sensibilização com os atores locais, os que de fato fazem a política, foram passos indispensáveis.

(E2) Praticamente no primeiro ano foi muita reunião, entre a gente, entre o NASF e a Estratégia de Saúde da Família, na forma de conscientizar o que seria o NASF e algumas aplicações de atividades realizadas com a comunidade, com certeza. a gente não queria cair no atendimento de ambulatório. A gente queria primeiro fazer a promoção. E tivemos muitas reuniões com as associações de moradores, com escola e aí a gente foi desenvolvendo o nosso trabalho e corrigindo. (...) As primeiras dificuldades que a gente observou nesses profissionais do NASF, que a ESF pensava que a gente fosse fiscalizador. Pô, chegaram eles para fiscalizar. Então a gente teve que quebrar essa questão da fiscalização. A gente não tava ali para fiscalizar, mas para somar, contribuir (...). Ai quando a gente pegou a confiança deles, que a gente não estava ali para fiscalizar, aí nós começamos a desenvolver os trabalhos junto à comunidade, né. Trabalho de hipertensão, trabalho de diabetes, aleitamento, Semana Mundial do Aleitamento então todas as Unidades faziam esse trabalho (...) e muitas visitas domiciliares. A gente começou a desenvolver um trabalho na ESF, dessa forma. Enfim, era um trabalho muito gostoso.

É possível perceber, diante das experiências relatadas enquanto membro do NASF, que a inserção de uma equipe nova e externa com o objetivo de “aprimorar” e ampliar o funcionamento do “equipamento” de saúde no território, causa desconforto e

desconfiança. Os próprios profissionais se sentem incomodados e muitos acreditam que a mudança está se dando, pois eles não estão atuando de forma correta. Após entenderem a proposta do NASF, no entanto, reconhecem neste um parceiro.

Para que a Atenção Primária em Saúde seja eficaz e resolutiva, levando em consideração seu grau de complexidade, faz-se necessário a utilização de saberes de variadas origens. Saberes estes, tanto específicos da saúde como de outros campos do conhecimento. (BRASIL, 2010)

Dentro do processo de implementação do NASF evidenciou-se a preocupação da equipe em tornar as ESFs protagonistas de suas atuações. Nesta perspectiva um desafio foi lançado a fim de que eles próprios se superassem e pudessem se reconhecer e ter o reconhecimento de outras equipes no que se refere ao trabalho realizado ao longo daquele primeiro ano de implantação do NASF. Além da própria equipe no NASF ter reconhecido, seus esforços.

(E6) Essa coisa da realidade que estava um pouco parada, estagnada, na questão do atendimento. Então, com o NASF, surgiu um olhar mais da promoção, da prevenção, da gente tá trabalhando a questão do trabalho em grupo, que também não existia muito, e mais essas questões da investigação, do preventivo.

(E2) Ai no final do ano a gente pensou: tem que fazer alguma coisa para estimular mais essas Unidades de Saúde (...) começamos a estipular, tipo um fórum no final do ano. A ESF tinha que apresentar qual era a realização deles anual e era muito legal por que, muitas das vezes, o que uma ESF fazia, a outra não realizava porque são assim, se você observar aqui no município são características muitos diferentes das ESF (...). Então a gente tinha que mostrar que tinha outras atividades acontecendo nas outras unidades. Uma culminância. Eles tinham vinte minutos de apresentação do trabalho anual, o que tinha feito, então uma pessoa via o que o outro estava realizando. (...) Então acho que isso estimulou cada vez as Unidades para que elas promovessem durante ao ano algumas atividades. Foi assim que a gente começou mais ou menos o trabalho da gente (...).

Os profissionais acreditam que fizeram um bom trabalho, num dos primeiros municípios a implantar o programa e em um momento onde não havia documentos oficiais que orientassem a atuação. O manual de Diretrizes do NASF foi publicado somente em 2010.

(E6) A gente foi uma equipe que acrescentou muito para a Secretaria, por que tem situações lá fora que antes não chegaria aqui... não seria resolvida.

(E2) Veio uma equipe de fora, na época, do Paraguai pra ver como que era o nosso desenvolvimento, desempenho no NASF. (...) eles tiveram aqui visitando, acompanhando as unidades, a gente teve reuniões. Teve uma culminância, também, no último dia, na câmara de vereadores, onde a gente foi homenageada, pelo trabalho do NASF no município, a gente também foi se apresentar na UERJ, o nosso trabalho no nosso município, com o pessoal do Estado. Então assim a gente se sente assim um pouco satisfeito pelo trabalho. (...) a gente conseguiu atingir o objetivo aqui no município, tanto que a gente foi vital para outros municípios. Eu acho que a gente tenta chegar ao mais próximo possível da realidade que seria o NASF. A gente briga para não cair simplesmente, no ambulatório. A gente tenta o máximo que a gente pode fazer o NASF como ele deve ser feito.

Os entrevistados verificaram que conseguiram atingir os objetivos para eles propostos, mas consideram que agora encaram um novo desafio, que, para alguns, pode ser ainda mais complexo que o primeiro, o de reestruturar a equipe no contexto de um frágil vínculo empregatício.

(E6) (...) a equipe, os profissionais sempre foram as mesmas pessoas nesse período, até mudar agora a eleição.

(E2) A mudança de governo trouxe alguns problemas. A gente vem de uma equipe de quatro anos junta, assim uma equipe de

construção, sabe aquela equipe de construção, de um alicerce de uma casa você constrói. (...) todos falavam a mesma língua (...). Era uma equipe que estava integrada. (...) Eu acho assim que quando você coloca pessoas novas na equipe, você quebra. Teve uma quebra, a gente não vai falar que não teve. E a gente tem que começar tudo de novo. Construir um novo alicerce, em cima de um trabalho que já estava realizado, é mais difícil. Quando você inicia um trabalho, o alicerce sobe mais rápido. Quando você quebra, desmonta aquele alicerce e tem que construir um novo. Eu acho que é mais lento o trabalho. Então eu acho que a gente tá nesse processo de construção novamente. Que foram dois profissionais que eram importantes dentro da área de saúde, do NASF, que saíram. E agora a gente tá assim, reiniciando, de novo.

Se, por um lado, superar o primeiro obstáculo foi gratificante, a atual equipe do NASF tem agora a missão de se reintegrar novamente e ganhar uma nova face.

Cabe aqui destacar que os discursos dos profissionais E2 e E6, são mais evidentes, por serem estes os profissionais mais antigos da equipe, que participaram do processo de implementação do NASF.

VII.III.II – Atuação do NASF

Busca-se aqui apresentar a atuação do NASF, integrada à Atenção Básica, na percepção dos atores, enfatizando os aspectos de integralidade das ações. Assim como identificar as potencialidades e dificuldades dessa atuação

A Estratégia de Saúde da Família abrange um grande quantitativo de ações, com demanda de atendimento multidisciplinar, sendo percebida a necessidade de um suporte para essas equipes de modo a completar as ações em saúde e diminuir os casos que necessitem da Atenção Especial. Para alcançar a integralidade da atenção e a interdisciplinaridade das ações faz-se necessário a presença de outros profissionais de saúde integrando as equipes da ESF. Com esse propósito foi criado o NASF, constituído

por uma equipe de apoio, integrada por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, eleitos em função das necessidades de saúde, vulnerabilidades socioeconômicas e perfil epidemiológico dos diferentes territórios onde estão inseridos os serviços de saúde. E que no contexto da Atenção Básica procura qualificar e complementar o trabalho da ESF, atuando de forma compartilhada para superar a lógica fragmentada ainda hegemônica, do modelo médico, no cuidado à saúde, visando à construção de redes de atenção e cuidado, e colaborando para que se alcance a plena integralidade do cuidado físico mental dos usuários do SUS (BRASIL, 2008).

(E4) O NASF é uma equipe que presta apoio, suporte as equipe da Estratégia de Saúde da Família (...) suporte no cuidado.

(E5) Uma forma de você tentar evitar que sobrecarregue os outros segmentos (...). Tentar solucionar o problema já dentro do PSF.

(E2) (...) a gente na verdade é o apoio ao PSF.

(E3) No meu entendimento o NASF é esse apoio, que a gente dá, esse suporte até não só para as pessoas da comunidade, mas também para as pessoas da Unidade. (...)

O Processo de trabalho deve ser compreendido como a prática dos profissionais no cotidiano do trabalho em saúde.

(E6) Antigamente a gente tinha uma agenda pronta aqui, né. Então, a gente trabalhava mais nessas questões da agenda: o agente comunitário vinha das Unidades, e aí a gente trabalhava com eles, através de visita. (...) E aí a gente foi começando ver que isso não tava dando muito certo. Aí a gente trabalhou essa questão do agendamento. Então cada dia a gente tá numa Unidade. Então a equipe toda tá na Unidade pra atender aquela demanda que a Unidade traz pra gente, que geralmente é o agente comunitário ou o próprio médico, no seu atendimento ou a própria enfermeira.

Então assim, a gente foi adequando essa realidade e a gente foi vendo que tava dando certo.

(E2) No dia-a-dia a gente começa num carro específico só para o NASF que pega a gente eleva para as Unidades de Saúde.

(E3) (...)a gente tem um agendamento que a gente monta e aí a gente busca tá pelo menos duas vezes ao mês em cada Unidade (...) e tem sempre um planejamento bimestral, que a gente passa para as Unidades, para elas estarem informadas, para estarem fazendo o agendamento.

(E7) A gente tem uma escala, com o dia que vai para cada Unidade, aí as Unidades sabem e eles agendam as crianças lá na própria Unidade (...) de acordo com as necessidades do médico de cada Unidade. (...) casos que eles consideram mais específicos eles marcam e eu atendo (...). Os dias de trabalho são 04 (quatro), a gente trabalha de segunda a quinta e nosso Day off é na sexta, todo mundo junto.

(E4) Geralmente a gente tira terça-feira à tarde para ficar pro PACS, onde não tem a ESF e de manhã a gente faz a nossa reunião.

(E1) Então eu faço 02 visitas, terça e quinta (...) sempre vão todos juntos, dentro de um veículo, até conversando, trocando ideia sobre o trabalho.

Aqui começamos a perceber como a participação dos profissionais médicos na Atenção Básica se diferencia daquelas dos demais profissionais: enquanto os outros profissionais trabalham quatro dias, os médicos trabalham apenas dois, revezando-se. O que se verifica é que isso vai interferir na maneira como se desenvolve o relacionamento entre Unidades de SF e o NASF.

A proposta de trabalho do NASF busca superar os modelos convencionais de prestação de cuidado na perspectiva da assistência curativa, especializada, fragmentada e

individual, através da co-responsabilização e gestão integrada do cuidado, por meio de atendimentos compartilhados e projetos terapêuticos que envolvam os usuários e sejam capazes de considerar a singularidade dos sujeitos assistidos (BRASIL, 2010).

Segundo Franco (2006, p. 4), esse processo se dá através de “encontros entre trabalhadores e desses com usuários, isto é, são fluxos permanentes entre sujeitos e esses fluxos são operativos, políticos, comunicacionais, simbólicos, subjetivos e formam uma intrincada rede de relações”.

(E6) a gente determinou que de manhã a gente faria essa parte das demandas e na parte tarde o trabalho de equipe, que era onde a gente sentava para discutir as questões ou de um caso, ou fazer um treinamento, ou fazer algumas visitas que fossem assim mais importantes, que tivessem que ter uma atenção maior. (...) a gente tá sempre junto..

(E7) (...) palestra na escola, fazemos palestras com os agentes para esclarecer dúvidas, discutir algum caso de alguma criança (...).

(E4) No dia-a-dia é isso, a gente vai nas unidades, faz esse atendimento das demandas, meio que espontâneas, mas na verdade é por agendamento e de tarde a gente costuma fazer os grupos, seja com a comunidade ou com agentes comunitários de saúde, para fazer as palestras, essas coisas.

(E2) E a coordenação faz com a gente uma reunião geral junto com os profissionais do NASF e com os profissionais da Saúde da Família.

Para que aconteça, não bastam equipes que deem conta de demandas eventuais, mas sim equipes conscientes e bem equipadas para realizar busca ativa, para discutir sobre seu território, e cujos sujeitos, ali estão inseridos, e se sintam capazes de promover mudanças e responsáveis pela aquela população.

(E2) (...) a gente tem sempre que lembrar que os usuários daquela área, daquela região não são do NASF, são da Saúde da Família. A

gente não pode assumir o paciente, quem assume é a Unidade de Saúde, a gente compartilha com a Unidade a responsabilidade, caso haja necessidade.

(E2) O que a gente percebe é que com o tempo o trabalho vai modificando, vai melhorando.

No apoio a esta (re)organização das práticas de atenção à saúde em novas bases e a substituição do modelo tradicional, são utilizadas algumas ferramentas tecnológicas que podem ser agrupadas, dentre elas no Apoio a Atenção, com a Clínica Ampliada, o Apoio Matricial, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Projeto de Saúde no Território (PST) (BRASIL, 2010).

A Clínica Ampliada pode ser compreendida como o modo de produção do trabalho em saúde, centrado no sujeito e no seu contexto de vida, uma compreensão ampliada do processo saúde doença. De acordo com Campos (2003), para lidar com a complexidade da vida, é necessário que o profissional amplie a escuta da história, realize acolhimento e, construa relação de vínculo, de confiança, entendendo de que forma as pessoas estabelecem relação com seus problemas de saúde. É justamente por essa complexidade que se faz necessária a construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, com a equipe de saúde, com o sujeito implicado e com outros setores, de forma a ampliar o escopo das ações para um aumento da resolutividade das situações de saúde apresentadas pelo território.

(E2) A gente pedia que naquele momento que a gente estava lá, que Unidade toda parasse em função da gente tá desenvolvendo o trabalho juntos.

(E6) A gente tá sempre fazendo essa referência com as outras Unidades, com CAPS, também. (...) a questão também que eu acho importante é de tá reforçando o trabalho de equipe, de união da equipe. Por que a rotina do PSF é muito daquilo que vem, então ele não tem muito essa questão de tá voltado pra tá fazendo reunião, pra tá se juntando, discutindo o que a gente pode fazer e o que a gente não pode fazer de trabalho de prevenção e o que é focalizado na questão de atendimento e que é mesmo do usuário que chega

pedindo um atendimento pra aquela causa que lhe tá afligindo. Então acho que o NASF ele surgiu pra isso, pra ta mostrando que tem um outro lado dessa história. Trazer aquele vínculo, aquela referência das pessoas que estão ali em volta, que tem a Unidade a quem se reportar, né(...) isso tudo, eu acho que com o NASF veio a aflorar mais. Por que foi uma coisa, uma inquietação nossa.

O Apoio Matricial é considerado a principal ferramenta do NASF para organização do processo de trabalho. Através do compartilhamento das práticas em saúde com as equipes, visa produzir deslocamento de saberes e aumento da resolutividade, qualificando a atuação no campo da saúde com a ampliação da clínica.

(E1) Nas unidades também tem um trabalho com a equipe técnica, com palestras, compartilhamento dos atendimentos, e a gente estuda casos juntos.

(E2) (...) a gente discutiu até bem pouco tempo a questão da interconsulta, que a gente acha que o médico tem que tá presente na consulta, (...) eu vejo também que a interconsulta não é só a gente estar com o agente, é discutir um caso depois, isso é fazer interconsulta.

(E4) todo mundo colabora com aquele tema e vai despertando outros interesses (...)

A construção de espaços coletivos de discussões, internos e externos é essencial para alcançar a construção de redes de cuidado. Nesse sentido, a Clínica Ampliada busca integrar várias abordagens e coloca em discussão, a fragmentação do trabalho.

A integralidade do cuidado, no que diz respeito à ESF, refere-se à capacidade desta em realizar arranjos para que o usuário receba todos os tipos de serviços que necessita, nos diferentes níveis de atenção, dentro ou fora do sistema de saúde.

(E6) (...) na cidade como é, pequena, a gente acaba sabendo das situações, e todo mundo passa a interferir e fica aquela coisa

perdida, e tudo se repete... Aí a gente criou o Fórum em Rede, onde a gente solicitava e essas outras estruturas participavam. Então a gente se reunia com CAPS, Educação, com a Promoção Social, a gente enquanto Saúde. Cada um falava um pouquinho da sua realidade, como que funcionava, e depois a gente discutia os casos pertinentes. A gente fazia na verdade de 03 em 03 meses. Não acontecem mais. Os profissionais foram mudando e aí foi se perdendo um pouco (...).

(E2) A gente tem um acesso, a gente criou um vínculo muito bom com essas outras instituições, então a gente tem acesso, a gente não demora muito para fazer algumas marcações.

A territorialização é um pressuposto básico e um diferencial na organização da Atenção Primária em Saúde (APS). Sendo assim, o PST é uma estratégia para o desenvolvimento de ações compartilhadas entre os serviços de saúde do território e outros setores e políticas, visando impacto na produção da saúde territorial, que tenham foco para investir na qualidade de vida e autonomia dos sujeitos e das comunidades (BRASIL, 2009).

(E2) nem sempre você pode desenvolver o mesmo trabalho em todas as áreas. Então assim, dentro da sua área, cada profissional desenvolve um trabalho de acordo com a demanda, necessidade daquela localidade.

(E2) tivemos muitas reuniões com as associações de moradores, com escola (...) aí nós começamos a desenvolver os trabalhos junto à comunidade.

(E6) (...) em uma Unidade chamou-se de “quinta-feira feliz”, que era um trabalho de Artesanato. Então, as agentes comunitárias, tinham algumas que faziam trabalhos manuais, então ensinavam para as pessoas da comunidade. Apesar de ser uma estrutura pequena, uma estrutura física pequena, elas faziam esse trabalho

com as pessoas que tavam ali na comunidade e tinham disposição de tá ali naquele momento. Então elas perceberam a questão do uso de remédios. Então ali se criou um momento de identidade delas com a unidade, que não é só a questão da medicação, da doença. Elas foram criando ali, né, de acordo com a realidade, uma identidade com aquele espaço que é deles.

Essas ferramentas tão importantes e bastante exploradas pela equipe do NASF mostraram-se prejudicadas, em alguns momentos, pela não adesão dos médicos da ESF, provocando além do incômodo com a fragmentação do processo de trabalho, a busca da sua superação pelos profissionais do NASF. Os entrevistado comentam a atuação dos médicos.

(E2) Algumas unidades de saúde ainda têm essa dificuldade de fazer interconsulta com os médicos. Eles fazem mais a interconsulta com a enfermeira, com o agente comunitário. Com os médicos, é mais difícil (...) A gente tem discutido que os profissionais da unidade, quando o NASF tá lá, teriam que não desenvolver o trabalho separado do NASF e sim um trabalho conjunto. Mas a gente ainda esta questionando muito alguns profissionais da área médica que não gostam de fazer um trabalho compartilhado.

(E1) Ele faz também atendimento lá com horário marcado, as vezes, ele chega lá e tem tantos marcados, atende aquilo correndo, faz daquilo um ambulatório, e não pode ser assim, como também é o trabalho da equipe (...) nesse contexto de compartilhar o tratamento?

Segundo a equipe do NASF, a realidade com que os profissionais se deparam no atual cenário político municipal e nos territórios de sua área de abrangência também vem dificultando a atuação do profissional e o avançar das propostas de trabalho. Todos os profissionais do NASF relataram em seus discursos a insatisfação de estar “contrariando” uma determinação do Ministério da Saúde no que se refere a sua atuação, e estar

realizando uma quantidade de consultas individuais superior ao que acreditam que fosse ideal.

A proposta do NASF busca superar a assistência curativa, especializada, fragmentada e individual, que reduz o indivíduo a recorte diagnóstico ou a áreas profissionais, em direção à responsabilização compartilhada e gestão integrada do cuidado, por meio de realização de atendimentos conjuntos e projetos terapêuticos que envolvam os usuários e que sejam capazes de superar a singularidade deste (BRASIL, 2010).

(E4) A gente não consegue fugir desse atendimento clínico, né, principalmente, nutricionista, psicólogo e médicos, por que... até mesmo pra facilitar a demanda.

(E2) (...) a gente não queria cair no atendimento de ambulatório. A gente tenta cada vez mais fugir da consulta. Entendeu? Tem PSFs que tem dias que a gente não faz atendimento individual, tem dois grupos para realizar. Mas tem outras vezes que tem consultas marcadas e a gente atende, mas eu acho assim que depende mais um pouco de adesão das equipes.

Ainda sobre a organização do trabalho do NASF estudado, verifica-se que a mudança de governo e a substituição de alguns profissionais por questões políticas levou a um retrocesso no que diz respeito às ações intersetoriais (o fórum não acontece mais), interdisciplinares, e de promoção a saúde. Situação compatível ao momento inicial de implantação do dispositivo. O resultado que parece causar mais insatisfação a equipe é o aumento de atendimentos individuais e a diminuição de atendimentos compartilhados, apontando para uma momentânea redução da clínica, principalmente em algumas localidades.

(E2) Hoje em dia, eu acho que a gente tá fazendo mais atendimento do que a gente fazia antes. Antes a gente fazia mais grupo, mais atividades com associação de moradores, escolas.(...) já caiu um pouquinho na questão de algumas consultas.

Esse retrocesso é consciente para a equipe, que entende o momento de reformulação política do município e da própria equipe do NASF e vem trabalhando para mudar esta realidade.

(E2) A gente tá fazendo reuniões para ver se a gente consegue mudar. (...) é uma coisa que a gente tá querendo mudar, novamente. Por que a partir de 02 horas da tarde a gente não tem atendimento a população, a gente tem atendimento interno. Então a gente vai discutindo essas questões para ver como vai ser.

Para a superação das dificuldades encontradas, no que tange ao trabalho interdisciplinar proposto pelo NASF, é preciso que ocorra uma revisão crítica dos processos educativos e formativos que vêm sendo desenvolvidos pelas instituições de ensino superior, a fim que possuam eixos relacionados à Atenção Integral à Saúde e o Trabalho em Equipe (NASCIMENTO, 2008).

Na resolução dos desafios atuais do trabalho em saúde é essencial que se reflita sobre a formação e sobre o perfil de competência desejada para tais profissionais de saúde, com enfoque não apenas no conhecimento técnico especializado, mas, principalmente nas habilidades e comportamentos em prol da saúde da população, com a consciência da responsabilidade social envolvida na ação profissional.

(E5) (...) quando precisa do NASF, a gente está sempre à disposição, não só nos postos, mas às vezes a própria secretaria de saúde precisa do NASF. Sempre que tem algum pepino pra resolver, é o NASF que resolve. Mediante ao Ministério Público, é o NASF que tenta resolver ali, de certa forma.

(E6) A gente também responde muito ao Ministério Público. É que o Ministério Público é uma demanda muito grande também pra responder processo, fazer relatório. E aí acaba até, assim, coisas que não é da área de PSF, a gente passa a fazer também. Então assim por ser uma equipe multidisciplinar, a gente acaba sendo referência.

(E3) (...) eu vejo o NASF como essa equipe de apoio, de tá indo ali nesse detalhe, nessa falha, nessa dificuldade, que a Unidade tem.

(E1) (...) botaram lá na Unidade uma equipe que não estava dando conta, tem lá um clínico que não está dando conta, então precisa compor uma equipe que passa a ser de complementar o que lá não se está conseguindo resolver.

É evidente no discurso dos sujeitos dificuldades na aceitação por parte da equipe em entender que a atuação do NASF é diferenciada. Isso se deve a influência do modelo biomédico.

O que fica demonstrado, também, na prática do cuidado apresentada pelos dois profissionais da área médica que compõem a equipe do NASF: enquanto um busca atuar dentro das propostas do NASF e ESF, o outro parece possuir um comportamento mais voltado para a Clínica Ambulatorial, mais focado nos atendimentos individuais e restritos a sua área de formação.

VII.III.III – Atuação do NASF na Promoção da Saúde Mental

Procurou-se identificar, no discurso dos atores, como o NASF vem contribuindo para a realização da promoção da Saúde Mental na Atenção Básica.

A Política Nacional de Promoção à Saúde entende que a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando a criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2006b).

No âmbito da atenção à saúde mental, a promoção da saúde tem íntima relação com o processo de desinstitucionalização e diz respeito à inserção social do portador de transtorno mental a partir de ações desenvolvidas no território.

O processo de desinstitucionalização, no Brasil, surgiu respaldado pelo Decreto Lei 38654 / 1989, objetivando alterar o Decreto Lei 24.559 / 1934, que privilegiava o

modelo segregador e dissocializante do hospital psiquiátrico como único recurso terapêutico, favorecendo a cronicidade e exclusão dos doentes mentais em todo país. Apenas em 2001 foi promulgada a Lei Federal 10. 216, que estabelece os direitos dos pacientes, limita e regula a internações psiquiátricas, tornando-se a Lei da Reforma Psiquiátrica, pautada no cuidado ao usuário e em SUS existência sofrimento, em seu território de vida e em sua circulação.

De acordo com o documento de Diretrizes do NASF (2010), a inclusão de ações de saúde mental na Atenção Básica é uma das principais formas de ampliação do acesso aos cuidados em saúde mental. Ainda, segundo este documento o sofrimento subjetivo está associado a toda e qualquer doença, funcionando algumas vezes como entrave para adesão a práticas de promoção da saúde ou de vidas mais saudáveis.

Para Amarante (1995), a invenção de estratégias antimanicomiais passa pelo reconhecimento de um paciente para além de um doente. Como um sujeito portador de uma singularidade existencial de sofrimento que habita um território determinado, ao qual devem se direcionados os esforços de cuidado. Portanto, esse território onde as redes de cuidado ao portador de sofrimento psíquico devem ser criadas, deve ter com base o mesmo território da ESF, em que se realizam ou deveriam se realizar as ações referentes à Atenção Básica.

(E4) Hoje em dia tem muita gente que diz: eu tô com problema e pra tudo procura o agente de saúde ou o enfermeiro, vai na unidade toda semana, e essa pessoa não precisa do atendimento em si, ela precisa de uma atividade, de um complemento. Então eu acho que tem que estar tudo associado: o suporte técnico, o atendimento na ESF ou na comunidade, com a atividade no posto. (...) eu acho que colaboram para tentar uma solução favorável.

Nesse sentido, vale destacar que a ESF se favorece da inclusão do profissional ACS no território para ampliar a escuta e o acolhimento, bem como os vínculos produzidos com a população atendida, vínculos estes estreitados com os demais profissionais e com a própria Unidade de Saúde que passa a ser uma referência de apoio no cuidado em saúde no território, ampliando assim, a atuação neste nível do cuidado (VECCHIA e MARTINS, 2009).

(E2) (...): Eu vejo assim, o trabalho, é de instruir sempre o agente comunitário com relação à busca ativa, buscando nas localidades, por que nosso município é muito extenso. Então tem uma dificuldade desse paciente em saúde mental, ao acesso.

(E3) A gente tenta tá dando esse suporte mesmo. Eu busco muito temas atuais usando nas palestras: depressão, ansiedade, etc (...). Então a gente busca tá fazendo isso, esse apoio para quem pode dar esse suporte, pro agente comunitário, e a equipe, que são aqueles que estão ali sempre com a família, por que a gente só vê duas vezes no mês. (...) eles trazem as dúvidas, pedem visita.

A superação do modelo hospitalocêntrico de tratamento e a criação de outra lógica de atenção em saúde mental, pautada em ações psicossociais, comunitárias e territorializadas, buscam possibilitar, entre outras coisas, a convivência do louco nos diferentes espaços da cidade, bem como promover novas relações com a loucura, questionando ações estigmatizantes e limitantes. A partir da construção de uma rede de serviços em saúde mental de forma descentralizada, de caráter interdisciplinar, tendo como pressupostos básicos os direitos de cidadania, a desinstitucionalização e a promoção da saúde mental.

Como eixo organizador da inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica, o Ministério da Saúde, incorporou o conceito de Apoio Matricial, desenvolvido na perspectiva da mudança de modelos assistenciais em saúde. O Apoio Matricial, desse modo, busca valorizar a prática terapêutica no âmbito do território, enfatizando a singularidade do sujeito sem fragmentar o cuidado, considerando, ainda, dimensões familiares, socioculturais, econômicas e biopsicossociais que envolvem o cotidiano das ações para a promoção da saúde mental (BRASIL, 2001; BRASIL, 2010; CAMPOS, 1999).

(E4) A gente atua com palestras, discussão de casos, interconsulta, com consulta individual, com a psicóloga, as atividades de caminhada ecológica, atividades culturais de música que tem no município (...).

(E1) Se eu constato que uma paciente está com alguma questão além daquilo que eu domino, que tá precisando de instrução do assistente social ou da psicóloga, a gente chama e estuda junto.

(E2) (...) nós fizemos um trabalho muito legal de socialização dos pacientes de saúde mental com a natureza no município. Então foi um trabalho de Nasf, PSF e do CAPS. (...) nós fizemos numa reserva grande daqui, Reserva Ecológica REGUA, um trabalho com relação ao meio ambiente e a Saúde Mental. Assim, foi um trabalho maravilhoso. Foi um trabalho que veio do PSF (...). Esses trabalhos que a gente tenta desenvolver nas comunidades, na saúde mental. O trabalho foi assim: alguns pacientes que eram atendidos na Unidade, eles observaram que esses pacientes eram família e Unidade de Saúde, viviam muito aquele mundinho deles e a gente queria ampliar esse mundo deles. Aí a enfermeira da Unidade de Saúde fez uma conversa com a gente do NASF, e o que a gente vai desenvolver nesse trabalho? Surgiu o tema da ecologia, já que a gente tá num lugar que tem uma reserva e os comunitários que são daqui, que conhecem... aí a gente foi até a REGUA, conversar com o pessoal lá, e eles cederam. (...) E esses pacientes eles vinham ao CAPS. (...) O CAPS estava trabalhando junto com a gente neste momento por que era paciente da gente e era paciente do caps. Esse trabalho teve uma parte de alimentação saudável, teve o passeio, eles conheceram a reserva, teve o biólogo explicando, eles perguntaram as coisas e passamos o dia lá com eles. Foi um dos últimos trabalhos mais legais.

Vemos que a territorialização e a delimitação das áreas de abrangência das equipes, tendo em vista a identificação das necessidades e dos problemas de saúde da população, o monitoramento das condições de vida e de saúde das coletividades, facilitam a programação e a execução de ações que envolvam a parceria Saúde Mental e Atenção Básica.

Neste contexto, acreditamos que qualquer tentativa de tratar o indivíduo isoladamente de sua família, considerada como unidade de cuidado pelo NASF e ESF

para ampliar o alcance das ações, é inútil. Porque quando uma pessoa apresenta um problema mental, não é só ela que sofre, mas toda a sua família e, dessa forma, todos precisam de apoio e acompanhamento (SARACENO, 1999).

Para Rosa (2003), existem cinco principais direções atribuídas aos familiares de pessoas com transtornos mentais, no cuidado em saúde mental: recurso no tratamento; lugar de convivência; sofridora e demandante de suporte no cuidado com o familiar com transtorno mental; sujeito coletivo atuante nos movimentos de reivindicações por direitos de atenção a saúde mental; e como provedora. Considerando a família como unidade de cuidado, a ESF tem o desafio de atuar para que elas saiam do lugar de sofridora, ou apenas provedora, passando a ser lugar de convivência, reivindicação e de recurso no tratamento dos sujeitos com sofrimento psíquico.

(E3) (...) a gente busca tá dando esse apoio sempre voltado para a família, para quem pode dar esse suporte, pro agente comunitário, que é aquele que tá ali sempre com a família (...).

(E6) O paciente estar bem é a família também estar bem, por que é muito difícil, o paciente que tem um transtorno mental, a família também, um pouco, adoce, com relação aquilo tudo.

Superando a Portaria Ministerial 224, que coloca o CAPS como porta de entrada para a rede de serviços em saúde mental, o NASF vem permitindo que a Atenção Básica se destaque na promoção do acesso do paciente com sofrimento psíquico ao serviço, além de promover a integração de dispositivos da saúde mental com a ESF, mostrando ser esse também um serviço de promoção da saúde mental. Essa consideração é de extrema importância tratando-se de um município cuja área territorial é extensa e o acesso aos serviços é restrito.

(E3) Aí a gente dá orientações, como perguntar, o que fazer, como que eu posso estar abordando (...). As vezes só do agente escutar aquela pessoa, já evita de tá fazendo agendamento para psicóloga daqui a 15 dias. Às vezes não é nem necessário. Então eu trabalho muito com eles isso, a escuta.

(E7) os agentes buscam nas localidades, às vezes as pessoas tem um acesso difícil (...). eles vem trazendo essa pessoa aos poucos. Se essa pessoa não tivesse esse agente que vai lá buscar, ela não viria aqui, nunca.

(E2)) Então eu acho que o NASF facilita nesse acesso, quando você faz a busca ativa, eu acho que você consegue socializar com os pacientes integrar eles na comunidade e trazer eles para ficarem trabalhando a questão de uma melhoria de qualidade da saúde mental deles. (...) Com o outro psicólogo, eu via muito dele querer mostrar para o agente comunitário, ele fazia treinamento de depressão, das patologias associadas a saúde mental, para ver se os agentes comunitários buscavam isso dentro da realidade da casa de cada um. (...) ele desenvolvia alguns trabalhos relacionados tanto aos agentes comunitários como a comunidade. Já fez muito treinamento em associação de moradores.

No discurso evidencia-se que ações preconizadas pela portaria 154/GM (2008) estão sendo cumpridas ainda que em parte, tais como Apoio Matricial, Clínica Ampliada, com reuniões para discutir casos, interconsulta, ações intersetoriais, etc. No entanto fica claro, mais uma vez, que a mudança no cenário político, também refletiu na atuação da equipe, no que se refere às ações de saúde mental na atenção básica. As atuações mais consolidadas e o resultado de um trabalho de educação permanente que permitiu, por exemplo, que uma equipe conseguisse verificar a situação de isolamento de seus usuários e buscasse junto a equipe do NASF, à comunidade e a outros setores, parcerias, parece não ter voltado a ocorrer ainda, uma vez que a equipe do NASF e das USFs, depois do processo eleitoral, passam por um momento, também, de (re)organização. E as narrativas são sempre feitas no passado, como se retomando ao tempo que o trabalho efetivamente acontecia.

(E2) A mudança de governa trouxe alguns problemas (...). Era uma equipe que estava integrada. Se tivesse algum problema da saúde mental que o psicólogo naquele momento tivesse ocupado, qualquer outro profissional sabia responder. Não atuar como profissional de

psicologia, mas agente sabia responder, porque a gente tava engajado. Todo mundo falava a mesma língua, todo mundo desenvolvia o mesmo trabalho.

(E6) A gente trabalha menos, hoje em dia, focado para a questão da Promoção. Eu acho que a gente tá atuando mais na crise, vamos dizer assim. (...) A gente faz reunião, faz trabalho de equipe, mas já é mais difícil.

(E1) Eu acho que o aumento, a implementação maior até da abordagem de saúde mental, dentro desse contexto (ESF), seria mais interessante (...). Hoje as ações não acontecem com a profundidade que tem ser, com a abordagem que tem que ser mais profunda. Tem que abordar mais, fazer mais encontros (...).

A verdadeira Reforma Psiquiátrica mobiliza atores sociais capazes de transformar as relações de poder entre pacientes e instituições (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 2001). Sendo assim, implantar um novo modelo de saúde, sem que a maioria dos gerentes e dos trabalhadores de saúde não só estejam de acordo com a nova proposta, como também se empenham em consolidá-la, é uma tarefa, quase que impossível (CAMPOS, 2003).

IX – Considerações Finais

Vale ressaltar que diferentemente de outros municípios, o NASF aqui estudado conta com infraestrutura composta por sala e carro próprios, além de uma equipe atuante, que busca se consolidar e realizar o serviço de forma a garantir o que preconizam as portarias ministeriais, levando em consideração as especificidades dos territórios onde estão inseridas as Unidades de Estratégia de Saúde da Família. No entanto, o que o aproxima de tantos outros municípios, é a fragilidade dos vínculos empregatícios a que os profissionais do NASF são submetidos, o que prejudica, entre outras coisas a afinação da própria equipe, que principalmente nos períodos eleitorais sofre mudanças e o vínculos com os profissionais da ESF e usuários.

Na realização da pesquisa pode ser percebida certa angústia frente ao não saber o que esperar do NASF, quando este foi implantado, bem como a falta de material teórico-prático embasando suas atividades naquele momento, visto se tratar de um dispositivo recente. Esta situação, no entanto, parece superada, uma vez que a equipe do NASF contou com o apoio de técnicos do Estado, realizando treinamentos e capacitações e participando, assim, ativamente da implementação do programa. Coube à equipe local o empenho em fazer aquilo que fora pactuado nas reuniões de capacitação e a desenvolver ativamente um processo contínuo de recriação para dar conta das diferentes demandas apresentadas pelos diversos territórios das ESFs.

Acredita-se que as ações ocorrem de modo sistematizado, mas na opinião dos próprios profissionais da ESF precisam ser mais voltadas para promoção da saúde. As equipes parecem já ter superado as dificuldades de aceitação, da atuação diferenciada do NASF, mas o trabalho ainda esbarra nas influências do modelo biomédico, centrado na doença e no tratamento, com a valorização de consultas individuais, realizadas quase que como único modo de fazer clínica, pelos médicos das USF.

A estratégia essencial do NASF, que é a superação do modelo médico, se mostra possível e real. A equipe é formada por médicos que não só são referências para os profissionais da Estratégia de Saúde da Família, mas que também têm procurado transformar sua prática para contribuir com esta nova realidade. A equipe realiza interconsultas, visitas domiciliares, realiza grupos, enfim, faz Apoio Matricial, sob a ótica da Clínica Ampliada. No entanto, ainda encontra muita resistência dos médicos que compõe as equipes da Estratégia de Saúde da Família.

Defendido por um dos médicos do NASF, que culpa o sistema que pouco remunera os profissionais e exige destes, dedicação exclusiva, os médicos da ESF, salvo poucos, não conseguiram se desvencilhar do modelo médico para tentar a prática da Clínica Ampliada.

De modo geral, é possível perceber uma liderança do processo por parte dos profissionais que atuam há mais tempo na equipe.

Segundo Dimenstein (2001), a presença de profissionais comprometidos, é influenciada pela formação acadêmica, jornada de trabalho e salários e principalmente a falta de participação dos trabalhadores como co-responsáveis pela gestão do SUS. Essas dificuldades acabam levando os profissionais à desmotivação. Esses fatores são expostos pelos sujeitos da pesquisa quando se referem, principalmente, aos médicos.

Uma vez que a participação dos médicos, frente à nova estratégia de organização da AB, encontra-se comprometida, além de outras dificuldades já apontadas como mudança de profissionais ocorrida recentemente, que refletiram na atuação da equipe um retrocesso, a principal diretriz do NASF, que diz respeito à Integralidade em seus diferentes sentidos, encontra-se prejudicada. A rede que está mais distanciada e, conseqüentemente, a realização da abordagem integral do indivíduo, uma vez que nenhum especialista de forma isolada poderá garantir uma abordagem integral do sujeito (CAMPOS e DOMITI, 2007, p. 400).

Verifica-se que, apesar disso, a equipe esforça-se para se adaptar àquilo que consideram necessário para sua atuação. Sendo assim, espaços, como uma Kombi com toda a equipe e o tempo que levam para se deslocar de uma unidade a outra resultam em processos de constantes construções de conhecimentos. Tal esforço pode estar intimamente ligado ao fato de no município, que possui leitos psiquiátricos no Hospital Geral, não haver nenhum paciente psiquiátrico internado em hospitais Psiquiátricos.

No que se refere, especificamente, à Atenção Básica em Saúde Mental, o desafio está no fato de promover mudanças e discussões necessárias para a promoção das ações de saúde junto ao território.

Verificou-se que o apoio Matricial é uma ferramenta que, se incorporada por todos os profissionais de saúde, familiares e usuários, além da comunidade, possibilita o compartilhamento da responsabilidade no processo de promoção da saúde mental, com a vivência da loucura no espaço da cidade. Avalia-se que o fortalecimento desta metodologia de trabalho seria uma possibilidade para o alcance e fortalecimento de ações

de cuidado no território, qualificando os projetos terapêuticos, que tem como objetivo a inserção social, a reabilitação psicossocial e a atenção integral dos indivíduos em sofrimento psíquico.

Neste sentido, é necessária a compreensão, da parte dos profissionais, do significado do que é promoção da saúde mental, alicerçando, neste entendimento, o compromisso social com a mudança do modelo assistencial.

O Estudo demonstrou que, com o apoio do NASF, as equipes das Unidades de Saúde da Família vem tentando transformar definitivamente a realidade dos manicômios. Mas, para isso, precisam do apoio e empenho de toda a equipe do território para colocar em práticas as novas propostas. E além disso, as Equipes de Saúde Mental na Atenção Básica não devem ser a única solução para o sofrimento psíquico crescente. A atenção integral para ocorrer, de fato, deve contar com o suporte de uma rede de cuidado estruturada, composta pela AB, CAPS, Residências Terapêuticas, Centros de Convivências, etc, que alargue as possibilidades de transversalidade, alimentando os princípios da Reforma Psiquiátrica.

X – Orçamento**ORÇAMENTO**

Categorias	Preço Unitário	Quantidade	Total
Alimentação			
- Realização da Pesquisa	R\$ 15,00	8	R\$ 120,00
- Orientação	R\$ 15,00	20	R\$ 300,00
Material Didático			
- Impressão (Entrevista + TCLE + Roteiro de Obs.	R\$ 0,20	57	R\$ 11,40
- Canetas	R\$ 1,00	6	R\$ 6,00
- Gravador	R\$ 300,00	1	R\$ 300,00
- Diário de Campo	R\$ 30,00	1	R\$ 30,00
- Computador	R\$ 900,00	1	R\$ 900,00
Transporte			
- Realização da Pesquisa *	R\$ 100,00	8	R\$ 800,00
- Orientação *	R\$ 120,00	20	R\$ 2400,00
Total Geral			R\$
4867,4			
*A orientanda não reside nem na cidade de realização da pesquisa nem na cidade onde se dá a orientação da mesma.			

Cabe ressaltar que todos os custos referentes a realização da Pesquisa serão de responsabilidade da Pesquisadora.

X – Referências Bibliográficas

ALVERGA, Alex Reinecke.; DIMENSTEIN, Magda Diniz. A Reforma Psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.10, n.20, p.299-316, jul/dez 2006.

AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica. In: *Cadernos de Saúde Pública*, v.11, n.3: p.491-494, 1995.

_____. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; Rezende, Mônica. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*, 2011. p.138-172. Online: disponível em www.ims.uerj.br/ccaps.

BARBOSA, Erika Guerrieri; FERREIRA, Dircilene Leite Santos; FURBINO, Sheila Aparecida Ribeiro; RIBEIRO, E. E. N. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares. *Fisioterapia Mov.*, v. 23, n. 2, p. 323-330, 2010.

Bardin, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70 (Trabalho original publicado em 1977), 2010.

BASAGLIA, Franco. *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BERLINGUER, Giovani; TEIXEIRA, Sônia Fleury; CAMPOS, Gastão Wagner. *Reforma Sanitária – Brasil e Itália*. São Paulo: HUCITEC, 1988.

BRAGA CAMPOS, F. C. B. *O modelo da Reforma Psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo [Tese de Doutorado]*. Campinas e Santos: Universidade Estadual de Campinas; 2000.

BRASIL. LEI nº 4.119 de 27 de agosto de 1962. Dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia e regulamenta a profissão de Psicólogo.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional da Educação. Parecer relativo às Diretrizes Curriculares para o curso de Graduação em Psicologia.

_____. Ministério da Saúde (MS). Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. *Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental*. Brasília/DF, 2011a.

_____. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo humanos. Brasília: Editora MS; 2000.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília/DF, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Biblioteca Virtual Sérgio Arouca. Disponível em. Acesso em 19 de junho de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 27. Diretrizes do NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília/DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portal do Datasus. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>. Acesso em: 15 de maio de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 189, de 19 de novembro de 1991. Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006a. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011b. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006b. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Brasília.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 154/GM de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.

_____. Ministério da Saúde. Relatório Final da Oficina de Trabalho para “Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica”. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para a Saúde Mental.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 256, de 11 de março de 2013. Estabelece novas regras para o cadastramento das equipes que farão parte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família(NASF) Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília/DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada: equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. HumanizaSUS. Clínica Ampliada e Compartilhada. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério do Meio Ambiente. Agenda 21 – Cachoeiras de Macacu, 2011. Disponível em: <http://www.agenda21comperj.com.br/sites/localhost/files/Cachoeiras.pdf>. Acesso em: 05 de junho de 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro. A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, A. P.(Orgs). Política Social e Democracia. São Paulo: Editora Cortez, 2001.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde, 2005. Saúde Mental na Atenção Básica em Campinas. Campinas: Colegiado de Saúde Mental.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Equipes de Referência e Apoio Especializado Matricial: Um Ensaio sobre a Reorganização do Trabalho em Saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 1999; vol.4, n.2, pp. 393-403.

_____. Uma Clínica do Sujeito: por uma Clínica Reformulada e Ampliada. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde e Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa e DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública [online]. 2007, vol.23, n.2, pp. 399-407.

COHN, Amélia. Caminhos da Reforma Sanitária. Lua Nova: Revista de Cultura e Política, 1989.

DELGADO, Pedro Gabriel; LEAL, Maria Erotildes. Clínica do Cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: Pinheiro, R. Guljor, A., Silva Jr.. A. e Mattos, R. (Orgs). Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CEPESP: IMS/LAPPIS; Abrasco, 2007. p 137 a 154.

DESVIAT, Manoel. Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

DIMENSTEIN, Magda Diniz. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. Psicologia em Estudo, v. 6, n. 2, p. 57-63, 2001.

_____. O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: Experimentando inovações em Saúde Mental. *Saúde Soc.* São Paulo, v.18, n.1, p.63-74, 2009.

DRUMMOND JUNIOR, Marcelo Arinos. Ações de saúde mental por agentes comunitários de saúde. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Minas Gerais. 2009.

FERNANDES, Thaís de Lima; BARBOZA, Cynthia Maria; SOUSA, Fabiana de Oliveira Silva. Análise das atribuições dos fonoaudiólogos do NASF em municípios da Região Metropolitana do Recife. *Rev. CEFAC*, São Paulo, 2012.

FERREIRA, Gina. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma análise sócio política. *Revista de Psicanálise.* v.4, n.1: 77-85, jun. 2006.

FERREIRA NETO, João Leite. *Psicologia, Políticas Públicas e o SUS.* São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: FAPEMIG, 2011.

FEUERWERKER, Laura. Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 1998; 2 (3): 51-71.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na Atenção Básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p.129-138, 2009.

FOUCAULT, Michel. *História da Loucura na Idade Clássica.* São Paulo: Editora Perspectiva, 1972.

FLEURY, Sônia (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES.* São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FRANCO, Túlio Batista. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. *Gestão em Redes – Práticas de Avaliação, Formação e Participação em Saúde.* Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

GUATTARI, Félix; ROLNICK, Suely. *Micropolíticas: cartografias do desejo.* Petrópolis, RJ: Vozes, 1986.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 de maio de 2012.

MATTOS, Rubens Araújo de. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. in: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. *Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: Cepesc, IMS/UERJ, Abrasco, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O Desafio do Conhecimento.* São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1992.

- MINAYO, Maria Cecília de Souza. O Desafio do Conhecimento. São Paulo: Hucitec, 2007.
- MORAES, Roque. Análise de conteúdo. *Revista Educação*, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.
- NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves. A Residência Multiprofissional em da Família como Estratégia de Formação da Força de Trabalho para o SUS (dissertação). São Paulo: Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.
- POLIT D. F., & Beck C. T. (2004). Nursing research: Principles and methods. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.
- POPE, C.; MAYS, N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- ROSA, Lúcia. Transtorno mental e o cuidado na família. São Paulo: Cortez, 2003.
- ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de et al. Desinstitucionalização uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos países avançados. In: NICÁCIO, Fernanda. (Org.). Desinstitucionalização. São Paulo: HUCITEC, 1990. p. 17-59.
- SANTOS, Milton. A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1996.
- _____. Metamorfose do espaço habitado. São Paulo, Brasil. Hucitec, 1991.
- SARACENO, Benedetto. Libertando Identidades: da Reabilitação Psicossocial à Cidadania Possível. Rio de Janeiro: Te Corá, 1999.
- SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Avaliação em saúde – dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde (Z. M. de A. Hartz e L. M. V. da Silva, orgs.) Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- SPINK, Mary Jane Paris (Coord.) A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica. Relatório Final, 2006. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&sqi=2&ved=0CFQQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.psi.homolog.bvs.br%2Flocal%2Ffile%2F%2FpsicologiaemDialogoSUS2006.pdf&ei=4tQZUKqTAubt0gHNoYDYCA&usq=AFQjCNG4uJnfkofXfLQxRKbFOHPTqkdYqw>. Acesso em: 19 de julho de 2012.
- TEIXEIRA, S.F. O dilema da reforma sanitária, In: Berlinguer, G. et al. Reforma sanitária Itália e Brasil. São Paulo, HUCITEC-CEBES, 1988

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. In: História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.9, n.1: p.25-59, 2002.

_____. A Psicanálise e a Clínica da Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos. 2001.

Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro – TCERJ. Estudo socioeconômico de Cachoeiras de Macacu. Disponível em: www.tce.rj.gov.br. Acesso em: 15 de maio de 2012.

VECCHIA, Marcelo Dalla; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. Desinstitucionalização dos Cuidados a pessoas com transtornos mentais na Atenção Básica: Aportes para a Implementação de Ações. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.13, n.28, p.151-64, jan./mar. 2009.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila e BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José de Carvalho; CARVALHO, Antônio Ivo de (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 65 – 106.

YIN, Robert. K. Estudo do caso – planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman-Artmed, 2010.

Local da Entrevista: _____

Data da Entrevista: ____/____/____

Nome: _____

Sexo: _____ Idade: _____

Formação Acadêmica: _____

Graduação: _____

Pós Graduação: _____

Cargo / função ocupada no município: _____

Tempo que ocupa o cargo / função: _____

Vínculo Trabalhista: _____

Trajetória profissional relevante anterior ao cargo / função: _____

- 1- Você faz parte do NASF desde sua implantação? Caso faça, gostaria que falasse sobre o processo de implantação do NASF, neste município (quando foi implantado, em que contexto)
- 2- No seu entendimento, o que é o NASF?
- 3- Como o NASF atua?
- 4- Para você, o que é promoção da Saúde Mental?
- 5- Para você, o NASF atua na promoção da Saúde Mental? Como?

1- Reuniões:

- Há discussão de casos;
- Quem propõe os casos a serem discutidos;
- Todos participam da discussão;
- Nas reuniões são discutidos casos de saúde mental
- Há discussão do processo de trabalho;
- Com que frequência ocorrem as reuniões;
- Que reuniões ocorrem (NASF, NASF com UBS, Conselho Municipal de Saúde, Reunião de Rede);
- De quem é a responsabilidade por organizar as reuniões e convocar os participantes.

2- Processo de trabalho:

- Nas UBS ocorrem interconsultas ou atendimentos conjuntos, quem participa desses atendimentos; com que frequência ocorrem;
- Existe algum trabalho de sala de espera, ou outro realizado com frequência em que usuários com sofrimento psíquico participem;
- A equipe do NASF junto com as equipes das UBS constroem, conjuntamente, projetos terapêuticos; Em que casos isso acontece;
- Existe algum trabalho de Educação Permanente; o que é feito, por quem é feito, quem participa e com que frequência ocorre;
- Existe a realização de alguma ação no território, qual, quem participa, com que frequência ocorre;

- Ocorre no dia-a-dia da equipe ações de suporte à organização do processo de trabalho (acolhimento, cuidado continuado/programado, ações coletivas, gestão das agendas, articulação com outros pontos de atenção da rede, identificação de necessidades de educação permanente) por parte da equipe do NASF aos profissionais da UBS;

APÊNDICE III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde

Projeto de Pesquisa: O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a Integralidade na Atenção Básica em Saúde Mental em um Município da Região Serrana do Rio de Janeiro.

Instituição proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz.

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a Integralidade na Atenção Básica em Saúde Mental em um Município da Região Serrana do Rio de Janeiro**”, desenvolvida por **Lucia Macedo Duarte Gomes**, discente de Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do Professor Dr. **Eduardo Stotz**.

Os objetivos do estudo são: Descrever como se dá a articulação dos serviços que compõem a rede de saúde do município, em torno da saúde mental; e Conhecer a atuação do NASF na perspectiva da integralidade das ações no contexto da ESF.

O convite a sua participação se deve ao fato **de você ser um profissional do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, lotado no município de Cachoeiras de Macacu**, local de realização da pesquisa.

A sua participação consistirá em responder perguntas, de um roteiro de entrevista, **que será gravada**, à pesquisadora do projeto para o fornecimento de informações relevantes ao estudo. Ela é voluntária, isto é, não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento, sem que haja qualquer implicação legal, ônus ou prejuízo do seu exercício profissional. 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.

Para assegurar o sigilo e a confidencialidade dos relatos, as entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais de uso restrito da pesquisadora e seu orientador. Ao final da pesquisa, todo o material será mantido em arquivo, por pelo menos cinco (05) anos, conforme Resolução 196/96 e orientações do CEP/ENSP.

Na apresentação dos resultados da pesquisa, os participantes serão identificados por pseudônimos e o nome do município será omitido a fim de evitar a identificação indireta dos sujeitos em função do pequeno número de entrevistados.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A entrevista deverá ocorrer em data, local e hora previamente acordado, conforme sua disponibilidade. O tempo de duração da entrevista é de, aproximadamente, uma (01) hora, podendo ser necessário um encontro posterior para esclarecimento de eventuais questões que possam surgir pertinentes ao estudo.

Sua participação nesta pesquisa contribuirá para um olhar mais ampliado sobre a implantação e funcionamento do NASF enquanto dispositivo de promoção da Saúde Mental na Atenção Básica e poderá contribuir com avanços relativos a políticas de saúde mental na atenção básica.

Além das entrevistas, outras técnicas de coleta de dados serão utilizadas, como a análise documental e a observação direta. A análise será de responsabilidade da pesquisadora, a partir do conjunto do material da pesquisa.

Os resultados serão divulgados em meio científico e poderão ser acessados pelos participantes no final do estudo, através da pesquisadora. Caso haja interesse, os resultados poderão ser divulgados, também em palestras dirigidas ao público participante.

Cabe ressaltar que, sua participação não será remunerada, sendo assim, você não receberá nenhum benefício material como resultado de sua participação nesta pesquisa.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. O (a) Sr. (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional da pesquisadora e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, a qualquer momento que se fizer necessário.

Lucia Macedo Duarte Gomes
Mestranda em Vigilância em Saúde
Rua do Equador, 1025 Parque Hotel
Araruama/RJ. CEP:29970-000
Tel: (22) 9830-2182
E-mail: lluciamd@yahoo.com.br

Eduardo Stotz
Orientador
Rua Leopoldo Bulhões, 1480
Prédio da Escola Nacional de Saúde Pública, sl 60
Email: stotz@ensp.fiocruz.br

Comitê de Ética em Pesquisa - ENSP

Rua Leopoldo Bulhões, 1480, térreo. Tel: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br


Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo, em participar.

Local e data: _____/_____/_____.

Nome do declarante: _____.

Assinatura do declarante: _____.

RG do declarante: _____.

ANEXO I – Carta de Anuência

**Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura Municipal
Secretaria Municipal
Programa de Saúde**

CARTA DE

Declaramos, para os devidos fins, com a participação da equipe do Núcleo de Atenção à Saúde (NASF), da equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e das Equipes Comunitárias de Saúde (PACS); e do Núcleo de Saúde do município de Cachoeiras de Macacu. Que os documentos resultantes das reuniões e atas das reuniões da equipe da ESF e do PACS; do NASF e dos documentos de Conferências Municipais de Saúde da Prefeitura Municipal de Saúde.

A participação do aluno enquanto observador é essencial para o desenvolvimento das atividades de Pesquisa, intitulado: “O NÚCLEO DE