

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E DANÇA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL SAÚDE MENTAL COLETIVA

DANIELLE NUNES VIEIRA

**NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS E  
POTÊNCIAS NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL COLETIVA**

PORTO ALEGRE

2018

DANIELLE NUNES VIEIRA

**NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE FAMÍLIA: DESAFIOS E  
POTÊNCIAS NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL COLETIVA**

Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional e Integrada em Saúde Mental Coletiva da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança, Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Károl Veiga Cabral

PORTO ALEGRE

2018

*“Não há saber mais ou saber menos: Há saberes diferentes.”*

*(Paulo Freire)*

## **SIGLAS**

AB	Atenção Básica
ESF	Equipe de Saúde da Família
EP	Educação Permanente
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RS	Rio Grande do Sul
TCR	Trabalho de Conclusão da Residência

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>05</b>
<b>2 O SURGIMENTO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: UM AVANÇO PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL COLETIVA NO TERRITÓRIO.....</b>	<b>08</b>
<b>3 MATRICIAMENTO.....</b>	<b>10</b>
3.1 Matriciamento e NASF.....	12
<b>4 TRABALHANDO COM A INTERSETORIALIDADE: SAÚDE E EDUCAÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>5 CORRESPONSABILIZAÇÃO DO CUIDADO.....</b>	<b>17</b>
<b>6 EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO FERRAMENTA DE MUDANÇA NO PROCESSO DE CUIDADO.....</b>	<b>19</b>
<b>7 CONCLUSÃO.....</b>	<b>20</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>22</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Durante esses dois anos em que estou inserida na Residência em Saúde Mental Coletiva tenho aprendido muito sobre as Políticas Públicas, o SUS, o cuidado em liberdade e sobre a Reforma Psiquiátrica. Mas, o que mais me despertou curiosidade, desde que me aproximei através da leitura do Caderno 39 foi a Atenção Básica, especificamente o Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF), no qual pude vivenciar dez meses do primeiro ano da Residência. Estando residente nesse local pude perceber várias necessidades e a importância de trabalhar o matriciamento intersetorialmente a partir de um caso que surgiu como demanda para a Equipe de Saúde da Família (ESF). Quando o caso foi passado ao NASF, percebi que a ESF não compreendeu seu papel no processo de cuidado, ou seja a corresponsabilização com o cuidado, assim como também não via como muito proveitosa a realização do matriciamento.

Diante dessas potencialidades que o NASF proporciona para a rede de atenção psicossocial: o matriciamento, a educação permanente, o cuidado no território e o trabalho intersetorial, quis escrever algo sobre essa vivência. Além das potencialidades, os desafios que foram os que mais me despertaram reflexões sobre o modo de fazer e qual o espaço da Saúde Mental nesse serviço.

Contextualizando um pouco o surgimento da Saúde Mental Coletiva para o cuidado em liberdade cabe destacar a mudança operada no cuidado por conta da Reforma Psiquiátrica brasileira. Ela que teve seu início a partir do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, no ano de 1978, somente a partir do ano de 1992, foi lançada a Primeira Lei estadual nº 9.716 que preconizava: “a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, que determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias, e dá outras providências.” A lei determina a criação de uma rede substitutiva de serviços ao modelo hospitalocêntrico e manicomial até então vigente, promovendo cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico através de uma rede integrada e variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social, tais como ambulatórios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares.

Inspirados então na fala de trabalhadores, usuários e familiares que compõe os movimentos sociais conseguem aprovar no RS e depois em vários estados brasileiros as substituições dos leitos Psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à Saúde Mental. Porém, apenas no ano de 2001, que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país e instituída então a Lei Federal 10.216, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica que redireciona a assistência em saúde mental, ofertando o tratamento em serviços de base comunitária e dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. (BRASIL, 2005 e FELICHE, 2004)

A Rede de Atenção Psicossocial, que veio então substituir o manicômio para o cuidado em liberdade, é composta pelos seguintes serviços:

COMPONENTE	PONTOS DE ATENÇÃO
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde
	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
	Consultório na Rua
	Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório
	Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Estratégica	Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192
	Sala de Estabilização
	UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento
	Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	Enfermaria especializada em Hospital Geral
	Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos
	Programa de Volta para Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda
	Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

**Fonte:** <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/12-saude-mental/12588-raps-rede-de-atencao-psicossocial>

No caso do distrito Sanitário em que se encontra o NASF, do qual vou fazer o relato de minha experiência é composto por:

- **1 Centro de Saúde**
- **1 Pronto Atendimento**

- **14 Equipes de Saúde da Família, das quais 6 unidades com 8 equipes eram abrangidas pelo NASF**
- **3 Unidades Básicas de Saúde**
- **1 Equipe de Saúde Mental**
- **1 Equipe Especializada em Saúde da Criança**

Esse trabalho, que é um relato de experiência, tem o objetivo de trazer os elementos que compõem o NASF: a intersetorialidade, matriciamento e corresponsabilização do cuidado do usuário e a educação permanente, para o debate analisando os desafios e as potencialidades do equipamento. Várias vezes a palavra **Saúde Mental Coletiva** vai aparecer nesse escrito, por isso cabe aqui um esclarecimento sobre esta referência. Para Fagundes (1995) esse conceito seria um “processo construtor de sujeitos sociais que desencadeiam diversas transformações nos diferentes modos de vida, extinguindo e substituindo as práticas tradicionais por outras capazes de contribuir para criação de projetos de vida”

Quero destacar antes de tudo que, para além da Saúde Mental esse trabalho busca abordar as vivências e conversas entre os diversos pontos dessa rede de que é composta o território. Sou uma residente em Saúde Mental Coletiva, e acredito fortemente que ela só acontece de verdade quando esses pontos que compõem a vida de um sujeito se conversam, porque é isso: a saúde mental perpassa todos os sentidos da nossa vida. Ou seja, se faz necessário que os atores do cuidado se comuniquem entre si, façam pactuações, combinem planos de acesso aos usuários e construam juntos as abordagens para que de fato se produza vida.

Apostar alto deste jeito, é crer na fabricação de novos coletivos de trabalhadores de saúde, no campo da saúde mental, que consigam com os seus atos vivos, tecnológicos e micropolíticos do trabalho em saúde, produzir em mais vida e interditar a produção da morte manicomial, em qualquer lugar que ela ocorra. (Merhy, 2004)

## **2 O SURGIMENTO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: UM AVANÇO PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL COLETIVA NO TERRITÓRIO**

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), foi criado no dia 24 de janeiro de 2008, com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade. São constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento (tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de AB, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações), que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família, das equipes de atenção básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes Ribeirinhas e Fluviais etc.) e Academia da Saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado e no território dessas equipes. (BRASIL, 2012 e 2014)

Regulamentado pela PORTARIA Nº 2.488, de 21 outubro de 2011, o NASF tem a responsabilização compartilhada entre a sua equipe e as equipes de saúde da família e equipes de atenção básica para populações específicas, prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência, ampliando para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal e responsabilidade das equipes de atenção básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde.

Tal medida significa um avanço para o cuidado, principalmente no território, porque além de se ter uma equipe de referência (ESF) o NASF veio como um apoiador para melhorar o modelo de atendimento, encaminhamentos, resolutividades através dos diversos saberes de que são compostas as equipes. Em minha experiência como residente, estando no NASF, destaco principalmente o apoio e a oportunidade de debater a Saúde Mental, que muitas vezes ainda é um tabu dentro da atenção básica. A ferramenta chamada matriciamento utilizada pelo NASF é uma potencializadora desse cuidado, que abordarei com mais detalhes nos próximos capítulos.

Durante a minha experiência inserida em uma Equipe de Saúde da Família, mas compondo a equipe do NASF, percebi o quanto se tinha dificuldade de compreensão da corresponsabilização da equipe pelos casos em que o NASF dava esse apoio. Era como se

apenas o NASF fosse dar conta daqueles casos, especialmente os casos de saúde mental. E sobre essa temática irei me deter mais nos capítulos a seguir.

Como trabalhar a Saúde Mental Coletiva no território? Como apoiar as ESF quando os casos de saúde mental parecem assustar os trabalhadores? Quais as dificuldades ou por quê ainda é um mito falar sobre a saúde mental? Qual o papel do NASF nesse contexto? Como é estar em um NASF e sentir o quanto esse trabalho é potencializador de cuidado e articulação? Essas e outras perguntas me vinham e ainda vem quando penso nesse serviço.

Com a criação do NASF, percebo que muitos desses meus questionamentos já eram feitos antes da implementação do mesmo. Como trabalhar a Saúde Mental no território, agora que o cuidado está direcionado a esse meio e não mais aos hospitais psiquiátricos? E para além da Saúde Mental, como trabalhar em rede, facilitar a porta de entrada, os encaminhamentos, criar vínculos? Tudo está vinculado a saúde mental: a falta de acesso à educação, a moradia, a alimentação, entre outros tantos fatores desencadeantes de sofrimentos psíquicos. Como fazer essa conversa entre esses pontos da rede? Assistência, educação, saúde. O NASF não foi criado para extinguir o problema dos usuários da saúde, mas sim para garantir que minimamente essas pessoas possam alcançar seus direitos. O NASF é um serviço para dar apoio e realizar matriciamento dos casos ajudando as equipes locais, sejam elas de UBS ou ESF, a acolherem e darem a atenção demandada pela população, lá mesmo onde elas vivem, em seus territórios.

Assim como preconizado nas diretrizes do NASF (Cadernos de Atenção Básica, 2010), ao aumentar a capacidade das ESFs em lidar com o sofrimento psíquico e integrá-las com os demais pontos da rede assistencial, o apoio matricial possibilita que a prevenção e o tratamento dos transtornos mentais, assim como a promoção da saúde e reabilitação psicossocial, aconteçam a partir da Atenção Básica. A corresponsabilização pela demanda – tanto a equipe de Saúde da Família como a equipe de Saúde Mental são responsáveis por determinado território – leva à desconstrução da lógica de referência e contra referência, que favorece a não responsabilização e dificulta o acesso da população. O cuidado compartilhado prevê uma rede de ações, dispositivos de saúde e dispositivos comunitários que possibilitem que o processo de cuidar se organize tendo como eixo central o sujeito e seu processo de saúde/doença. O locus do tratamento se revela mutável ao longo do tempo, com intensificação no ponto da rede em que a atenção demonstra ser mais viável, seja este na Atenção Básica, nos serviços especializados ou em ambos. Assim, todos são responsáveis pela garantia do acesso, a equidade e a universalidade. Esses pontos: a intersetorialidade, matriciamento, corresponsabilização pelo cuidado serão mais aprofundados nos próximos capítulos.

### 3 MATRICIAMENTO

“Hoje vai ter matriciamento?” Início com essa frase, proferida por uma trabalhadora da rede de saúde, que parece mais uma simples frase, mas releia como se a ouvisse num tom de sarcasmo. O que na verdade ela quer dizer é: “Vai ter mesmo o tal matriciamento que não serve para muita coisa?”

Essa pergunta foi feita a mim em um dia que era reservado para a reunião de Matriciamento na Equipe de Saúde da Família e decidi escrever sobre isso, trazer para reflexão o que seria o “tal matriciamento”, apenas discussão e encaminhamentos de casos? Ou até uma perda de tempo ao invés de estar atendendo os usuários naquele velho modelo que ainda impera no meio da saúde?

Conforme o Guia de Matriciamento em Saúde Mental (2011) “matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica”. Destaco aqui o “novo modo de produzir saúde”, se é novo é algo diferente e se é algo diferente exige uma certa mudança. Mudança essa que necessita de uma revisão nos modos de fazer saúde que estão engessados.

Pensando dessa maneira, Campos e Domitti (2007) trazem em seu texto esse conceito de apoio matricial:

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial.

A partir desse trecho do texto podemos confirmar que o matriciamento não está ligado apenas a discussões de casos ou ver qual equipe fica responsável por aquele usuário, para além disso, pode-se construir entre as equipes matriciadoras e as equipes que recebem o matriciamento a melhor forma de se organizar esse momento. A discussão de casos também pode ocorrer nesse espaço, porém creio que devesse aproveitar esses momentos para se trabalhar a Educação Permanente até mesmo em meio a discussão do mesmo.

Ainda nesse texto, Campos e Domitti, trazem que o conceito **matricial** “indica uma mudança radical de posição do especialista em relação ao profissional que demanda seu apoio”, ou seja, deve-se quebrar o paradigma da hierarquização e apostar num encontro horizontal onde esses diferentes pares possam dialogar não mais verticalmente, mas de maneira que se tenha

uma troca de saberes, tanto do núcleo específico, quanto dos seus desejos, interesses e visões de mundo.

Pergunto-me então: “Qual será a dificuldade de compreensão que se tem sobre o matriciamento?” Um pouco do que presenciei em minha passagem pelo NASF e analisei foi que, muitas vezes, o matriciamento não é entendido pela falta de discussão sobre o mesmo, não há reflexão, nem um espaço de educação permanente instituído que convoque a equipe a estar pensando sobre isso. Sabemos que ainda predomina o modelo hegemônico nos atendimentos de Saúde e Saúde Mental. E para além, as práticas de saúde. A prática desse modelo está instituída e para que aconteça uma ruptura é preciso parar e refletir e se falar sobre os novos modelos de “fazer Saúde Mental”. Para alguns as novas práticas de saúde já estão “dadas”, mas como afirma Merhy (2005):

Somos testemunhas, no dia-a-dia dos nossos serviços, que são muitos os que falam em integralidade e que isso não, necessariamente, significa que sejam protagonistas de novas práticas de saúde. Ao contrário. Na maioria das vezes a integralidade está sendo capturada por modelos de praticar a produção do cuidado em saúde bem tradicionais, bem corporativo-centrados.

Com isso, percebemos que muitas práticas ou até mesmo o entendimento sobre o matriciamento, precisam ser trabalhados continuamente.

A mudança que citei anteriormente, requer um certo desconforto. Ao pensar nessa palavra me soou um certo desconforto se a usaria ou não, porque por mais conhecida que ela seja pode significar diferentes coisas para além de simplesmente “sair do cômodo”. Então fui pesquisar melhor seu significado e me deparei com algumas definições que podem gerar muito mais reflexões:

- Tirar do lugar que lhe é próprio; desordenar, desarranjar, desorganizar.
- Inquietar, perturbar.

Uma palavra me chamou bastante atenção: **Inquietar**. Fui novamente ao dicionário para ver algumas definições dessa palavra.

• Inquietar: ocasionar uma revolta; contrariar ou contrariar-se: inquietar os funcionários da empresa; os funcionários inquietaram-se.

E o que isso teria a ver com o matriciamento? Bom, a palavra desconforto não estava soando muito “amigável” ou poderia até mesmo trazer alguma outra interpretação do que gostaria de passar através dessa palavra, então procurei outras palavras, mas que não deixasse de fazer sentido tanto quanto ela. Inquietar-se, contrariar-se e revoltar-se. Palavras bem fortes, mas que fazem muito sentido falando de matriciamento e novas práticas de saúde. Creio que

para que o novo apareça é preciso se inquietar, contrariar e se revoltar. E quando falo do “novo”, não é que o matriciamento seja algo muito novo, pois este conceito foi proposto por Campos (1999), mas pensando na prática, no entendimento que cada um pode ter do processo de trabalho desenvolvido dentro da saúde.

### 3.1 Matriciamento e NASF

As demandas cotidianamente endereçadas às equipes de ESF no seu território de práticas, bem como suas complexidades, implicam um rol de atos de cuidado que exigem muitos recursos materiais (instrumentos, infraestrutura, profissionais) e imateriais (técnicas, gestão, saberes, ética), dada à variedade de situações de saúde a ser consideradas na construção de projetos terapêuticos. A alta complexidade do trabalho na AB é representada pela produção de atos de cuidado em saúde que vão desde as práticas protocolares de uma ação programática, às ambulatoriais da clínica geral médica, às curativas e antropométricas de enfermagem, passando pelo cuidado de famílias em situação de risco e vulnerabilidade, ações de promoção e educação em saúde, participação no controle social e chegando até a clínica da saúde mental e às demandas do contexto dos programas de assistência social. Tudo isso corresponde a práticas diárias da ESF, criada pela Portaria nº 648 (BRASIL, 2006), que conta com equipe mínima, composta pelo médico, pelo enfermeiro, pelo agente comunitário de saúde e, em alguns casos, pelo odontólogo.

Então para auxiliar nessa alta complexidade de demandas que as ESF diariamente tem que dar conta, entra o NASF como apoiador, para dar um suporte, e também como citado no parágrafo anterior, inquietar os saberes. Questionar o que já está definido como cuidado e apoiar nos novos modelos de atenção e cuidado. E mais uma vez destaco o matriciamento como essa ferramenta potencializadora desses movimentos.

Observei em minha prática que a noção de *máter*<sup>1\*</sup> no campo do matriciamento parece reproduzir a relação materno-infantil entre as equipes do NASF e da ESF. Frequentemente, a equipe especializada tende a atuar a partir do lugar de quem deve acolher, ensinar, elogiar ou

---

<sup>1</sup> **Significado de Mater: substantivo feminino:** Aquela que é ou desempenha a função de mãe, da mulher que gerou, deu à luz e criou seus filhos; genitora. [Figurado] O que está na origem de; a razão ou causa de: questão mater. Etimologia (origem da palavra *mater*). Do latim mater.

corrigir a outra. Não é incomum que os efeitos desse tipo de relação reproduzam a tutela e ponha fim ao diálogo. (MEDEIROS, 2015)

Levando adiante a metáfora, se o filho ainda tem poucos anos de vida (experiência), ele tende a se mostrar mais dócil aos cuidados e preceitos da mãe, ao passo que, na sua adolescência, tenderá a não dar ouvidos às recomendações.

Interessante notar que esse texto retrata bem a realidade vivida entre as ESFs e NASFs. A medida que a equipe da ESF não se sente segura quanto há um caso e entra o NASF como um apoiador, a medida que se vai adquirindo uma certa segurança e aprendizado, tende-se a não ouvir mais o que é dito.

Situou-se nesse tempo lógico da estruturação do cuidado integral a problemática de onde se origina a produção da ideia e da prática do que se convencionou chamar matriciamento. Assumiu-se que ele opera no tempo de responsabilização de um processo de cuidado integral em saúde. A questão da responsabilização, que se endereça à clareza, ao comprometimento e à ética do ato profissional de cuidado das equipes de saúde dentro de um sistema, pode ser desmembrada em duas linhas de pensamento: vínculo e resolutividade.

Embasados na revisão de 37 artigos da última década sobre o tema (ATHIÊ; FORTES; DELGADO, 2013), encontramos a necessidade de apoio às equipes de atenção primária devido à multiplicidade de situações com que são convidadas a lidar na posição de primeiro contato com o sistema de saúde. É fraca a conclusão acerca do motivo da pouca resolutividade ocorrer devido ao excesso de demandas que sobrecarrega as equipes de saúde desse contexto, pois se encontra o mesmo excesso em outros registros do sistema, seja em hospitais gerais ou em serviços especializados. (MEDEIROS, 2015)

Um dos pontos que mais me chamou atenção nesse artigo que fez uma revisão da literatura é que a dificuldade de articulação matricial na rede de saúde e a necessidade de atividades de educação permanente se fazem presentes na grande maioria das equipes. O eixo da educação permanente será melhor comentado no final do trabalho.

Um dos disparadores que me levaram a escrever um pouco sobre o matriciamento, foi um dos casos que irei relatar a seguir, que a partir de um matriciamento começou a se desdobrar e se conseguir vários avanços através desse dispositivo tão potente

#### 4 TRABALHANDO COM A INTERSETORIALIDADE: SAÚDE E EDUCAÇÃO

As estruturas setorializadas tendem a tratar o cidadão e os problemas de forma fragmentada, com serviços executados solitariamente. A intersectorialidade vem contrapor esse modelo, sendo uma lógica que busca considerar as condições de vida da população e, a partir de seus problemas, desenvolver ações integradas de vários setores. A intersectorialidade pode ser entendida como:

a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando um efeito sinérgico no desenvolvimento social. Visa a promover um impacto positivo nas condições de vida da população, num movimento de reversão da exclusão social. Essa interação pode ser construída por meio de um processo dinâmico entre os sujeitos, mediada por novos paradigmas, que devem informar a mudança das instituições sociais e de suas práticas. Esse processo de construção é também de aprendizagem e de determinação dos sujeitos, da sua consciência e dos seus direitos de cidadão a uma vida de qualidade. (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU, 1997, p. 24)

A intersectorialidade então é trazida para o centro do debate e sua prática requer ampla negociação, alcançando dimensão transsetorial a partir das possibilidades de criar novos olhares e instaurar novos valores. Deve considerar o respeito às diferenças e à incorporação das contribuições de cada uma das políticas na compreensão e na superação dos problemas sociais. (SILVA E TAVARES, 2016)

Estando vinculada a uma Equipe de Saúde da Família pude viver um tempo de imersão em um mesmo território. No início fiquei relutante, pois gostaria muito de poder circular como apoiadora entre todas as Estratégias de Saúde Família. Porém depois entendi que essa proposta vinha como um processo formador/transformador por conta dos vínculos que eu iria fazer a partir dessa experiência. Teria vários casos e situações que gostaria de destacar, mas entre tantos quero falar de uma história com um desfecho complexo, porém com um “final feliz”.

Quero contar parte da história que pude acompanhar de perto, parte da história de um menino que se chama Ricardo<sup>2</sup>, que ano passado tinha apenas 5 anos e várias privações de direitos já estavam acontecendo em sua vida. Morava próximo a Unidade de Saúde da Família em que era atendido. Lembro-me até hoje como chegou esse caso até a equipe do NASF em que eu trabalhava.

---

<sup>2</sup>Nome fictício para preservar a identidade do usuário

O caso chegou através da Agente Comunitária de Saúde de referência da família e foi discutido em equipe com o NASF e com a equipe de referência. Logo após tirou-se como encaminhamento uma discussão com a escola, fazendo os apontamentos necessários sobre a família e a questão de vulnerabilidade do território. Vou destacar a seguir algumas potências e impasses que se fizeram presentes ao longo da discussão do caso:

**Potência:** Discussão de caso em equipe (de Referência e NASF) - Matriciamento

**Impasse:** Através da discussão com a Escola não se conseguiu tirar nenhum encaminhamento, mantiveram-se com a questão da redução do tempo de permanência do garoto, reforçando que isso ajudaria o menino pois ele não “suportava” manter-se na escola a partir de um certo horário. O mesmo impasse aconteceu na discussão em reunião com o Conselho Tutelar, onde só se reafirmou a questão da redução como a única saída para o problema apresentado.

Foi levado o caso para a Redinha (como é carinhosamente apelidada a Reunião de Rede de Micro-região) e ficou encaminhado uma reunião com o Conselho.

**Impasse:** O Conselho Tutelar não se fez presente na reunião de discussão, com isso marcou-se uma reunião dentro do próprio conselho, como forma de garantir a presença do mesmo para realizar a discussão do caso.

**Potência:** Uma nova discussão em equipe foi feita e tirou-se como encaminhamento a realização de uma observação na escola, para poder ampliar o olhar sobre o caso e também olhar estando em um outro “lugar”.

**Potência:** Discussão de caso com a Equipe Especializada em Saúde da Criança e Adolescente e presença da mesma na discussão com o Conselho Tutelar.

O que destaco aqui é a importância do envolvimento de todos os setores da intersetorialidade trabalhando no caso, para que assim se possa formular um Plano Terapêutico Singular construído conjuntamente, através de diversas visões dos diferentes pontos de suporte a vida desse sujeito.

Trabalhar intersetorialmente envolve a criação de espaços comunicativos e de negociações, que inclusive consigam gerenciar conflitos para que finalmente, se possa chegar com maior potência, a algum resultado. Importante ressaltar que este resultado não implica necessariamente na resolução ou enfrentamento final do problema principal, mas que possa somar na acumulação de forças, na construção de sujeitos, na descoberta da possibilidade de agir. **(Construindo a intersetorialidade-Lourdes Machado, pág. 1)**

Como Lourdes cita em seu texto acima, juntar as forças e a partir do diálogo descobrir como fazer, ou, o que fazer com a situação em que se encontra o sujeito é o caminho mais resolutivo, que vai para além de um final do problema e sim como se trabalha com essas questões. Como unir forças diante de um sistema precário em que se encontram as Políticas Públicas? O trabalho com as tecnologias-leves (que seriam essas relações), tentar ampliar esse olhar que está apenas focado no problema, no diagnóstico, na doença, como Merhy, juntamente com Laura, trazem no seu texto<sup>3</sup>: a questão da “Clínica do corpo de órgãos”, pois não basta apenas construir saberes científicos para se dar conta das questões, mas sim olhar o sofrimento humano de outros ângulos, a singularidade de cada um.

O que trago com essa reflexão acima foi o que pude presenciar e vivenciar acompanhando Ricardo na Escola. A itinerância do trabalho, poder estar naquele território, poder estar naquele espaço, naquela escola, poder também ver o quanto é difícil ser professor (a) em meio a tanta falta de recursos humanos estando em um território vulnerável.

Resgato aqui uma parte de meu diário de campo, com o relato o que pensei estando diante dessas questões:

“Se tivesse algo que pudéssemos fazer como apoio também a essa escola, como solicitar monitoria para turmas que tiverem casos mais complexos. Sei que posso estar sonhando alto, mas seria interessante, como rede, também apoiar de alguma forma essas escolas.” (Diário de Campo. 05/08/16)

Esse foi um dos sentimentos que me tomou, o que nós, como setor saúde, poderíamos estar intervindo e ajudando para minimizar as precariedades que a rede escolar se depara?

Silva e Tavares (2016) trazem em seu texto o quanto o diálogo intersetorial é difícil pois este “requer respeitar a visão do outro e sua contribuição para a construção de decisões para os problemas/situações levantados, entretanto, é uma importante estratégia de reconstrução das práticas de saúde”. E exatamente com isso que me deparei ao estar envolvida nesse caso bem complexo, a dificuldade de compreensão da visão diferente do outro, como construir conjuntamente tendo diferentes visões/versões sobre o mesmo caso? E minha reflexão vai bem ao encontro dos que os autores trazem, uma importante estratégia para a reconstrução das práticas de saúde, pois o diálogo se torna bem mais construtivo quando diferentes partes envolvidas conseguem dialogar mesmo tendo diferentes posições frente as demandas que surgem.

---

<sup>3</sup>Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Org.).

Fica evidente então o desafio de implementação da intersetorialidade, um dos preceitos do trabalho em rede, associado a um trabalho em equipe com corresponsabilidade entre a saúde e os outros setores, possibilitando troca de saberes, planejamento de ações e tomada de decisões de forma compartilhada.

Alguns fatores importantes e determinantes para alcançar êxito no trabalho intersetorial é o comprometimento de vários atores em projetos intersetoriais, contribuindo como questão crucial para a sustentabilidade das políticas públicas de promoção de saúde, isto é, o planejamento das ações de acordo com as necessidades de saúde da população. Ou seja, primeiro analisar e verificar o que mais necessita de investimento e assim apontar a importância de formação de redes integradas colaborativas, através do incentivo à mobilização/participação social e de uma gestão participativa na prática de uma governança responsável.

Creio que para ocorrer a intersetorialidade de maneira que venha a contribuir de forma resolutiva envolvendo os diferentes setores é preciso que ocorra mudanças nas organizações, tanto dos sistemas e serviços de saúde, como em todos os outros setores da sociedade, exigindo assim uma revisão do processo de formação curricular dos profissionais que atuam nessas áreas e de instituição do processo de Educação Permanente, justamente para dar conta destas lacunas deixadas pelo processo formativo tradicional, desvinculado muitas vezes da realidade dos serviços e das demandas da população.

## **5 CORRESPONSABILIZAÇÃO DO CUIDADO**

Outro ponto que gostaria de destacar, dessa experiência em que estive, foi a questão da corresponsabilização do cuidado. De quem é a responsabilidade pelo usuário de Saúde Mental? Apenas do/a psicóloga/o que está no NASF? Ou é também da equipe em que está referenciado (ESF)? Esses questionamentos surgiam muito nas reuniões de matriciamento, quando em algum momento se discutia os casos e era como se estivesse sendo “passada” a responsabilidade pelo mesmo para a equipe do NASF.

A equipe ou profissional de referência são aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Objetiva ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários.

O termo responsabilidade de condução refere-se à tarefa de encarregar-se da atenção ao longo do tempo, ou seja, de maneira longitudinal, à semelhança do preconizado para equipes

de saúde da família na atenção básica. Ou seja, aquele usuário pertencente no território em que está localizado a ESF vai ser responsabilidade dessa equipe conduzir as suas situações, por estar próximo e no contexto em que este está inserido, fazendo o cuidado com o apoio do NASF. (CAMPOS e DOMITTI,2007)

Observa-se, por meio da experiência própria de trabalho na rede de AB e pelos relatos encontrados em artigos científicos, que a relação entre as equipes no processo de corresponsabilização pelo cuidado integral da saúde dos usuários costuma produzir, paradoxalmente, um efeito de desresponsabilização. Efeito de um processo de trabalho precarizado e pouco comunicativo entre equipes e saberes, que pode ser lido nos atos de encaminhamentos excessivos, nas práticas terapêuticas que não privilegiam o vínculo com a equipe da ESF, entre outros. (MEDEIROS, 2015)

Percebemos também que o excesso de trabalho em que se encontram essas equipes tende a aumentar muito mais esse jogo de “empurra” que acaba se criando, prejudicando o acesso do usuário aos serviços e diminuindo as chances de resolutividade dos casos, burocratizando ainda mais as relações equipe-usuário. Muitas vezes, inconscientemente os profissionais querem logo “se livrar” do usuário por conta de tantos outros afazeres que precisam dar conta.

Um dos pontos do Caderno de Diretrizes do NASF trás consigo que pela complexidade do trabalho em saúde e o compromisso da AB com a melhoria crescente da resolutividade dos respectivos serviços, a criação do Nasf insere outros profissionais no processo de gestão compartilhada do cuidado. No entanto, somente implantar o Nasf não é suficiente para que ele funcione no apoio à gestão integrada do cuidado, uma vez que não se trata simplesmente de aumentar o “time”. A equipe desenvolve no plano da gestão vínculo específico entre um grupo de profissionais e determinado número de usuários. Isso possibilita uma gestão mais centrada nos fins (coprodução de saúde e de autonomia) do que nos meios (consultas por hora, por exemplo) e tende a produzir maior corresponsabilização entre profissionais, equipe e usuários. (BRASIL, 2010)

Na efetividade do seu processo de cuidado, o dispositivo da corresponsabilização entre equipe e usuário incorpora a família, a comunidade e as ações intersetoriais articuladas no contexto sociocomunitário. Ou seja, para que esse cuidado ocorra de fato é necessário que se observe o contexto também que este usuário está inserido. (PINTO *et al.*,2012). Acompanhando o caso, citado no capítulo anterior, via-se que muitas vezes o usuário era visto de maneira isolada, apenas o seu “mau comportamento” era trazido à pauta, porém como equipe de saúde (NASF) tínhamos que trazer o olhar da integralidade para que viesse também as questões familiares envolvidas.

Percebe-se então que para esse cuidado do usuário ocorra de maneira integral, evitando que o mesmo dê conta de ficar perambulando pela rede de serviço, em filas ou esperando muito tempo uma escuta ou atendimento, a corresponsabilização vem para evitar que esses processos burocráticos dificultem o acesso do usuário aos serviços de saúde. E entre ESF e NASF, através do matriciamento, esse apoio ocorra facilitando que a equipe de referência não “dê conta” sozinha e não se sinta desamparada, sem saber o que fazer com os casos de Saúde Mental, porém sempre deixando claro, que, por fazer parte daquele território, o usuário terá seu cuidado longitudinal feito por essa equipe de referência.

## **6 EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO FERRAMENTA DE MUDANÇA NO PROCESSO DE CUIDADO**

Para que as mudanças no processo de cuidado e da compreensão sobre o matriciamento possam ocorrer, uma das apostas seria a ferramenta chamada Educação Permanente. A educação permanente, enquanto diretriz pedagógica, tornou-se política pública na área da saúde com a instituição da PNEPS por Portaria Ministerial em 2004. É uma proposta de ação estratégica que contribui para a qualificação e transformação das práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços de saúde, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. (BRASIL, 2004)

A identificação Educação Permanente em Saúde está carregando, então, a definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes –, às práticas organizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde –, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde. (CECCIM, 2005)

É importante frisar que o trabalho micropolítico é muito importante, ou seja, Merhy(1997) no seu texto “Agir em Saúde: um desafio para o público”, ressalva que tomando como relevante o agir micropolítico do trabalho vivo em ato na saúde como força instituinte, que opera nos espaços intercessores e que intervem pela sua capacidade de gerir os processos

de trabalho e os processos organizacionais, dentro da obra da gestão como processo de política de bens. E o que isso teria a ver com a EP? Tudo! Assim como Ricardo Ceccim realta que os processos vão desde o interior das equipes(micro) até as políticas maiores(macro), interpreto que tudo se inicia no micro, dentro das equipes. Quando se prioriza um espaço para a EP está se dizendo que: “Precisamos “parar” e rever nosso trabalho. Mas esse parar não é estagnar, é parar para refletir, estudar, rever os atos. Isso é trabalho vivo em ato.

Os processos educativos na prática possuem múltiplas faces, são dinâmicos e complexos. Os profissionais de saúde precisam superar modelos autolimitados como os que enfocam apenas a capacidade individual. Trabalhar o coletivo, desprendendo-se assim do seu saber para compartilhar com os demais saberes, e com esse compartilhamento surgem diversas questões que são vistas no dia-a-dia, tanto de quem está na recepção quanto ao profissional que faz o atendimento de saúde. Podendo então ser compartilhado e discutido, para que assim possa se rever como a equipe está vendo e ofertando o cuidado. (DUARTE e SILVA, 2015)

Outro ponto importante é que não basta apenas o desejo dos profissionais em estarem buscando esse espaço de EP, é importante que a gestão e coordenação propicie espaços, liberação para eventos de formação e fomenta junto aos profissionais a busca por esses espaços/momentos.

## **7 CONCLUSÃO**

O objetivo desse trabalho foi trazer os elementos que compõem o NASF: a intersetorialidade, matriciamento e corresponsabilização do cuidado do usuário e a educação permanente e mostrar através de um caso que acompanhei o quão importante são essas ferramentas de trabalho e que a compreensão das mesmas facilita a resolutividade dos casos, ao invés de ser um “trabalho a mais” se mostra como potencializadoras para um diálogo intersetorial e um trabalho em rede mais potentes.

A criação desses dispositivos de trabalho não surgem do nada, pelo contrário, partem de estudos e vivências de muitos trabalhadores do SUS que acreditam nesse sistema e que muitas vezes, diante das precariedades acabam se desmotivando com o trabalho, mas que acreditam nele. Presenciei e vivenciei o que é ser uma trabalhadora do SUS, não da mesma intensidade, mas senti um pouco na pele o que é fazer muito, muitas vezes tendo tão pouco.

Minha vivência no NASF fez com que eu estivesse muito próxima a um território bem vulnerável, acompanhando casos delicados, o que me fez ter um aprendizado sobre o trabalho na AB, estando no NASF, as políticas públicas de saúde e a importância do trabalho em rede.

Durante a escrita do TCR ao longo do ano de 2017, o Ministério da Saúde apresentou novas portarias para a Saúde Mental e para a AB, porém isso não mudou a legislação nacional que ainda permanece a mesma, ou seja, as portarias devem estar em concordância com a Política Nacional. As novas portarias são: AB- Portaria nº 2.435, de 21 de setembro de 2017 e da SM- Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Diante de alguns retrocessos ao longo dessa escrita, motivei-me ainda mais para mostrar o quanto é importante o trabalho do NASF, o quanto o trabalho vivo, no território, a criação de vínculos, o trabalho intersetorial e em rede, o matriciamento, a EP em saúde são necessários e resolutivos, desmistificando a ideia de que são tarefas a mais e mostrando o quão potentes são essas ferramentas.

Percebo que apostar na implementação do NASF na rede de serviços de saúde possibilita que estes momentos de reflexão para repensar o cuidado ofertado em território tenham espaço, endereço e agentes comprometidos em provocar, ou melhor, em inquietar as equipes locais para este exercício.

Algo que quero destacar é da importância da Gestão e das Coordenações dos serviços incentivarem e estarem também à par das Políticas de Saúde, possibilitando espaços de trocas e de EP para que os profissionais sintam-se motivados a buscarem uma melhor forma de cuidado com os usuários e para que o serviço possa ser acolhedor, atendendo as demandas e tendo um espaço de escuta.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 152 pg (Caderno de Atenção Básica, n. 27).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas / departamento de atenção básica. Coordenação geral de saúde mental e coordenação de gestão da atenção básica. Saúde mental e atenção básica vínculo e o diálogo necessários: Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf> Acesso em: 24 de Janeiro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Disponível em : [www.brasilsus.com.br](http://www.brasilsus.com.br). Acesso em: 23 de Janeiro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2436/GM/MS, de 21 de setembro de 2017. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br](http://bvsms.saude.gov.br). Acesso em: 23 de Janeiro de 2018.

CAMPOS G.W.S.; DOMITTI A.C. Apoio matricial e equipe de referência: umametodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007

CAMPOS, W. S. G. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 4(2):393-403, 1999

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005

DICIONÁRIO ONLINE. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/inquietar/> Acesso em: 12 de Dezembro de 2017

FAGUNDES, S. M. Águas da Pedagogia da Implicação: intercessões da educação para as políticas públicas de saúde. Porto Alegre: 2009 Dissertação(Mestrado). Faced. UFRGS.

FERRO, R. O. Salud mental y poder. Unabordaje estratégico de las acciones de salud mental en la comunidad. Revista de Salud Pública, (XIV) 2: 47-62, dic. 2010

FIGUEIREDO M.D, ONOCKO C. R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? Ciência & Saúde Coletiva, 14(1):129-138, 2009

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Rev. adm.Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, nov./dez. 2000.

KICHEL, P. G. Núcleos de Apoio à Saúde da Família- NASF: a proposta do apoio matricial na Atenção Básica. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a UFRGS-Faced, 2014-1. Brasília, 2014. Disponível em: Biblioteca da UFRGS, periódicos online. Acesso em: 27/09/17.

MEDEIROS, R. H.A.; Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. **PhysisRevista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 25 [ 4 ]: 1165-1184, 2015

MERHY, E.E.; ONOCKO, R. Agir em saúde: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E.E. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.A.(Org.). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro : UERJ-IMS, 2005. P. 195-206

MERHY,E. E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. A.C.S; GOMBERG, E. (Orgs.) **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristovão: Editora UFS, 2009. P. 29-74

MERHY,E. E. O CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. 2004. Recuperado em: 13 de Outubro de 2017.

PINTO, AntonioGermante Alves et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 653-660. 2012.

RIBEIRO, F. A. Atenção Primária e sistema de Saúde no Brasil: uma perspectiva histórica. Dissertação(Mestrado). São Paulo, 2007

SAMPAIO J.J.C. et al. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.16, núm. 12, 2011, pp. 4685-4694 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, Brasil.

SILVA , D. A. J.; TAVARE S, M. F. L. Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 193-205, OUT-DEZ 2016

SILVA, D. S. J. R., DUARTE, L. R. Educação Permanente em Saúde. **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba**, v. 17, n. 2, p. 104 - 105, 2015.