RENATA HELLER DE MOURA

O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) COMO MOBILIZADOR DA PRÁXIS PSICOSSOCIAL

ASSIS
2014

RENATA HELLER DE MOURA

O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) COMO MOBILIZADOR DA PRÁXIS PSICOSSOCIAL

Tese apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista para a obtenção do título de Doutora em Psicologia: (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade).

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Cristina Amélia Luzio

ASSIS
2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá, PR, Brasil)

Moura, Renata Heller de
M929n O núcleo de apoio à saúde da família (NASF) como mobilizador da práxis psicossocial / Renata Heller de Moura. -- Assis, 2014.
380 f. : il. figs., gráfico + Anexos

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Cristina Amélia Luzio.
Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Ciências e Letras (Campus de Assis), 2014.

1. Saúde mental - Atenção básica à saúde - Brasil. 2. Práxis psicossocial. 3. Reforma Sanitária. 4. Reforma Psiquiátrica. 5. Estratégia saúde da família. I. Luzio, Cristina Amélia, orient. II. Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". Faculdade de Ciências e Letras (Campus de Assis). III. Título.

CDD 21.ed. 362.2042
Mariza Nogami – CRB 9/1569

RENATA HELLER DE MOURA

O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) COMO MOBILIZADOR DA PRÁXIS PSICOSSOCIAL

Tese apresentada à Faculdade de Ciências e Letras – UNESP/Assis para obtenção do título de Doutora em Psicologia. (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade)

Data da Aprovação: 25/06/2014

COMISSÃO EXAMINADORA

Presidente: PROFA. DRA. CRISTINA AMÉLIA LUZIO - UNESP/Assis

Membros: PROFA. DRA. MARIA LUCIA BOARINI - UEM/Maringá

PROFA. DRA. SUELI TEREZINHA FERRERO MARTIN - UNESP/Botucatu

PROF. DR. SILVIO YASUI - UNESP/Assis

PROF. DR. FRANCISCO HASHIMOTO - UNESP/Assis

Dedico este trabalho aos profissionais da saúde tanto do passado, como do presente e do porvir. A todos aqueles que, reconhecendo as limitações à sua volta e seus próprios limites, não deixaram (deixam e deixarão) de refletir sobre o curso dos acontecimentos e contribuíram (contribuem e contribuirão) para implantar no cotidiano a consciência crítica que sopra, em nosso meio, o frescor do vento de mudança no sentido da emancipação humana.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é resultado de uma práxis coletiva. Como tal, é expressão de muitos encontros. Assim, expresso a minha gratidão a todos os que contribuíram para a realização deste trabalho.

À minha orientadora Cristina Amélia Luzio, pelo acolhimento demonstrado ao longo desta trajetória compartilhada. Sua generosidade intelectual e afetiva, sua competência e sagacidade foram determinantes na construção desta pesquisa. Seu modo singular e maduro de compreender a realidade da produção do trabalho vivo em ato, no campo da saúde mental coletiva, contribuiu para um intenso processo de desconstrução e construção, cuja síntese se materializa neste trabalho.

À professora Maria Lucia Boarini, pela amizade e pelo crédito em mim depositado. Seu incentivo e sua instigante satisfação pelo conhecimento serviram como ponte para a continuidade de minha trajetória acadêmica. Sua seriedade e dedicação continuam servindo de inspiração.

Aos demais professores da banca Sueli Terezinha Ferreira Martins, Silvio Yasui e Francisco Hashimoto, que prontamente se colocaram à disposição para contribuir com o debate deste trabalho. Em especial, aos professores Silvio e Sueli, pelas contribuições e questionamentos proporcionados durante a banca de qualificação que permitiram analisar a trajetória e fixar pontos de reflexão. Agradeço também às professoras Heloisa Maria Heradão Rogone, Marcia Campos Andrade e Roselania Francisconi Borges que ficaram de prontidão para assumir a suplência na banca de defesa, caso houvesse necessidade.

Aos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família que, de modo muito solícito e atencioso, compartilharam comigo seus contextos, vivências e concepções de trabalho. Estendo esse agradecimento a todos os demais profissionais das Unidades Básicas de Saúde, nas quais essa pesquisa foi realizada. Obrigada pela parceria e pela gentileza demonstrada. O trabalho vivo em ato de vocês contribuiu para imprimir a singularidade necessária e produzir a reflexão que, neste trabalho, apresentamos.

Aos amigos e parceiros dos grupos de pesquisa “Figuras e Modos de Subjetivação no Contemporâneo” e “GEPHE – Grupo de Estudos e Pesquisas sobre o Higienismo e o Eugenismo”, que se dispuseram a debater o trabalho, apontar questionamentos e contribuir com comentários.

Aos amigos e colegas do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá pelo apoio e pela acolhida durante a realização desta pesquisa.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Ciências e Letras de Assis/SP, pela atenção sempre disponibilizada.

Aos meus alunos que contribuem cotidianamente para dar sentido ao trabalho docente. Em especial, agradeço aos alunos que fazem parte do projeto de pesquisa docente “Saúde Mental e Políticas Públicas”. Sua parceria, seus questionamentos, sua torcida e entusiasmo são fundamentais para fazer esse trabalho valer à pena.

Aos meus familiares, pai, mãe, sogro, sogra, irmãos e cunhados. Obrigada pelo incentivo. Obrigada pelo apoio e carinho e, principalmente, agradeço a compreensão a mim dispensada por esses dias de muitas ausências.

Aos muitos amigos que, de alguma maneira, incentivaram-me, torceram e oraram por mim, deram-me força e palavras de estímulo para concluir essa árdua tarefa.

Ao meu querido Gustavo, pelo seu inestimável apoio e companheirismo. Seu encorajamento e seu acolhimento foram essenciais para a concretização deste trabalho. Obrigada por participar tão ativamente não só das conquistas, mas das lutas diárias que tornam as conquistas mais doces, tendo em vista que elas podem ser compartilhadas com você. Este é mais um dos projetos que Deus nos permitiu desenvolver e partilhar.

Acima de tudo, agradeço a Deus que, entregando sua própria vida pela humanidade, tem me feito entender o valor do ser humano! O modo como Deus tem demonstrado crédito em mim, tem me ensinado a acreditar no outro. Andando com Ele, tenho tido a graça de compreender que o projeto coletivo de produção da vida é um projeto pelo qual vale a pena lutar. A realização deste trabalho é um jeito finito de dar alguma contribuição a esta luta.

"Naturalmente enfatizar a importância de uma perspectiva de longo prazo não significa que possamos ignorar 'o aqui e agora'. Pelo contrário, a razão pela qual devemos nos interessar por um horizonte muito mais amplo que o habitual é para poder conceitualizar de maneira realista uma transição para uma ordem social diferente, a partir das determinações do presente. A perspectiva de longo prazo é necessária porque a meta real da transformação só pode estabelecer-se dentro de tal horizonte (...). Por outro lado, a compreensão das determinações objetivas e subjetivas do "aqui e agora" é igualmente importante. Pois a tarefa de instituir as mudanças necessárias se define já no presente, no sentido de que ao menos comece a realizar-se no "exatamente aqui e agora" (mesmo que o seja de maneira modesta, mas com plena consciência das limitações existentes e das dificuldades para sustentar a jornada em seu horizonte temporal mais distante) ou não chegaremos a parte alguma".

István Mészáros

MOURA, Renata Heller de. **O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) COMO MOBILIZADOR DA PRÁXIS PSICOSSOCIAL.** 2014. 380f. Tese (Doutorado em Psicologia). Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2014.

RESUMO

Há mais de três décadas a Reforma Psiquiátrica brasileira, em consonância com a Reforma Sanitária, vem nos permitindo constatar que a luta pela desinstitucionalização da "loucura" não se faz somente pela "derrubada dos muros" do hospital psiquiátrico, mas também pela luta por "derrubar os muros" da institucionalização que submete a todos nós. A criação de dispositivos extra-hospitalares é um grande avanço nesse processo. No entanto, por si só, estes dispositivos não garantem a desconstrução de intervenções fragmentadas, medicalizadoras e ineficientes. Mais do que a criação de dispositivos e programas, precisamos de um trabalho em rede, desenvolvido desde a Atenção Básica pelos diversos dispositivos de atenção à saúde, mobilizados por uma práxis psicossocial. Esta pesquisa apresenta o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como uma ressonância do entrelaçar dos movimentos reformistas do campo da saúde no Brasil (Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica). O NASF é um programa do Ministério da Saúde, criado em 2008, com o objetivo de fortalecer e ampliar o escopo de ações da Estratégia Saúde da Família, contribuindo, assim, para catalisar a reorientação do modelo de atenção à saúde no país. Nosso interesse foi o de investigá-lo enquanto um dispositivo capaz de mobilizar a práxis psicossocial e contribuir para o desenvolvimento de atenção à saúde mental, no âmbito da Atenção Básica. Para tanto, buscamos conhecer as propostas e ações desenvolvidas por profissionais de um NASF, em um município do interior do Paraná. A pesquisa situa-se no campo das metodologias qualitativas e tem sua orientação metodológica pautada na concepção de homem como um ser histórico, capaz de transformar a realidade e ser transformado por ela, numa constante interação com o meio social e com o mundo material. A partir dessa orientação metodológica, utilizamos o conceito de "práxis", entendendo-a como uma atividade material do ser humano que age na história, provocando transformações que superam os ajustes sociais e procurando romper com as práticas repetitivas que expropriam as riquezas materiais e imateriais do ser humano. Os recursos metodológicos utilizados no levantamento de dados empíricos foram: observação participante, entrevistas semiestruturadas e grupos de discussões. Para a análise dos dados, tomamos como referência os pressupostos teóricos dos movimentos reformistas em questão, os quais atualmente propõe um modelo de atenção coletiva e psicossocial da saúde. Este novo modelo atualmente é, inclusive, diretriz legal para a assistência pública à saúde mental e, de acordo com ele, as intervenções no nível do sofrimento psíquico devem ser realizadas por uma equipe multiprofissional no próprio meio social, buscando promover condições para uma existência mais favorável à pessoa que busca assistência, preservando, o quanto possível, os laços de pertencimento social aos sujeitos dessas intervenções. Para que o NASF seja capaz de contribuir para o desenvolvimento desse modelo de atenção à saúde, entendemos que é necessário que ele opere por meio do que denominamos de práxis psicossocial. Seus potenciais e fragilidades para operar por meio dessa práxis é o que pretendemos esclarecer com esse trabalho.

Palavras-Chave: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Saúde mental na Atenção Básica à saúde no Brasil. Rede de Atenção Psicossocial. Reforma Sanitária. Reforma Psiquiátrica.

MOURA, Renata Heller. **FAMILY HEALTH SUPPORT CENTER (FHSC) AS ONE PSYCHOSOCIAL PRAXIS MOBILIZER.** 2014. 380 pages. Doctoral thesis in psychology. Science and Languages College, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2014.

ABSTRACT

For over three decades the brazilian psychiatric reform in line with health reform, is allowing us to see that the struggle for deinstitutionalization "insanity" is done not only by the "overthrow of the walls" of the psychiatric hospital, but also the struggle for "tear down the walls" of institutionalization that submits to all of us. The creation of extra-hospital devices is a major breakthrough in this process. However, alone, these devices do not guarantee the deconstruction of fragmented medicalizadoras and ineffective interventions. More than the creation of devices and programs, we need a networking developed from primary care by many devices for health care, mobilized by psychosocial practice. This research presents the Family Health Support Center (FHSC) as a resonance of the intertwining of reform movements in the health field in Brazil (health and psychiatric reforms). The FHSC is a program of the Ministry of Health, established in 2008, aiming to strengthen and broaden the scope of action of the Family Health Strategy, thus helping to catalyze the reorientation of the health care model in this country. Our interest was to investigate it as a device capable of mobilizing psychosocial practice and contribute to the development of mental health care within Primary Care. To this end, we seek to meet the proposals and actions taken by a professional FHSC in an inland city of Paraná. The research lies in the field of qualitative methodologies and has its methodological orientation guided by the concept of man as a historic, able to transform reality and be transformed by it, in a constant interaction with the social environment and the material world to be. From this methodological orientation, we use the concept of "praxis", understanding it as a substantive activity of the human being who acts in history, causing changes that outweigh the social settings and trying to break through the repetitive practice to expropriate the material and immaterial wealth the human being. The methodological tools used in the survey of empirical data were: participant observation, semi-structured interviews and group discussions. For data analysis, we take as reference the theoretical assumptions of the reform movements in question, which currently proposes a model of collective health and psychosocial care. This new model is actually even legal for public mental health care directive and, according to it, the interventions of psychological distress level should be conducted by a multidisciplinary team in the social environment itself, seeking to promote conditions for an existence more favor of the person seeking assistance, preserving as much as possible, the bonds of social belonging to the subjects of these interventions. We understand that for the FHSC be able to contribute to the development of this new health care model, it needs to operate through what we call psycho-social praxis. Its potentials and weaknesses to operate through this praxis is the aim that we want to clarify with this work.

Key-words: Family Health Support Center. Mental Health in Primary Health Care in Brazil. Network for Psychosocial Care. Health Reform. Psychiatric Reform.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO - O FRUTO DE NOSSA PRÁXIS: implicações singulares inscritas no universo da pesquisa..... **11**

1. O UNIVERSO DA PESQUISA: contexto político e social da construção da atenção à saúde no Brasil..... **23**

1.1. Reforma Sanitária: a luta pela democratização da saúde continua no século XXI..... 42

1.2. Reforma Psiquiátrica: a saúde mental como uma das bandeiras da luta pela democratização da saúde..... 50

1.3. Saúde mental na Atenção Básica e a construção de uma rede de (im)possibilidades..... 56

2. A PRÁXIS EM SAÚDE COMO PRÁXIS SOCIAL: contribuições da filosofia da práxis para um "olhar" metodológico..... **64**

2.1. A filosofia da práxis como ferramenta metodológica de análise..... 71

2.2. A produção de novas práxis no entrelaçar dos dois movimentos reformistas: a práxis psicossocial..... 78

3. O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: origens, antecedentes históricos, contexto, controvérsias e possibilidades..... **96**

3.1. Redes de Atenção à Saúde no Brasil: a centralidade da Atenção Básica..... 97

3.2. Unidade Básica de Saúde: a porta da casa como serventia da rua..... 102

3.3. Modelos de atenção à saúde: a Atenção Primária à Saúde (APS) e o debate internacional..... 111

3.4. Da Medicina de Família à Estratégia Saúde da Família: os arranjos brasileiros..... 117

3.5. A função apoio, suas origens e suas faces..... 122

3.6. NASF: as faces da função apoio e a práxis psicossocial..... 129

4. AS SINGULARIDADES DA PESQUISA: das Redes de Atenção à Saúde de Maringá à práxis de um NASF..... **137**

4.1. Determinantes e condicionantes sociais da configuração das Redes de Atenção à Saúde (RAS) de Maringá: desvelando a primeira camada..... 143

4.2. Aspectos histórico-estruturais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Maringá: desvelando a segunda camada..... 160

4.3. A práxis de um NASF: desvelando a terceira camada de análise..... 176

CONSIDERAÇÕES FINAIS – AS SINGULARIDADES E O UNIVERSO DA PESQUISA: reflexos e reflexões derivados de um exercício de síntese..... **234**
REFERÊNCIAS..... **244**
ANEXOS..... **259**
Anexo A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... 260
Anexo B: Roteiro da Entrevista Semiestruturada:..... 262
Anexo C: Transcrição das entrevistas semiestruturadas..... 263
Entrevistas com gestores municipais..... 263
Entrevistas com gestores locais (Unidades Básicas de Saúde)..... 277
Entrevistas com profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família..... 292
Entrevistas com profissionais das Unidades Básicas de Saúde..... 341

APRESENTAÇÃO - O FRUTO DE NOSSA PRÁXIS: implicações singulares inscritas no universo da pesquisa

> *"O universo não é uma ideia minha/A minha ideia do Universo é que é uma ideia minha/A noite não anoitece pelos meus olhos/A minha ideia da noite é que anoitece por meus olhos/Fora de eu pensar e de haver quaisquer pensamentos/A noite anoitece concretamente/E o fulgor das estrelas existe como se tivesse peso".*
>
> Fernando Pessoa

Esta pesquisa apresenta o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como uma ressonância do entrelaçar de dois movimentos reformistas que se desenvolvem no âmbito da saúde no Brasil: o movimento da Reforma Sanitária e o movimento da Reforma Psiquiátrica. O NASF é um programa do Ministério da Saúde, criado em 2008, inserido no escopo da Atenção Básica, com o objetivo de fortalecer e ampliar as ações desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família. Dessa maneira, busca contribuir para catalisar a reorientação do modelo de atenção à saúde no país. Uma das áreas estratégicas sobre a qual o NASF deve desenvolver suas ações é a área da saúde mental (Brasil, 2009). Nosso interesse, nesta pesquisa, foi o de investigar, portanto, de que maneira o NASF pode ser um dispositivo capaz de mobilizar o que, neste trabalho, estamos chamando de práxis psicossocial e verificar suas possibilidades e fragilidades no desenvolvimento de atenção à saúde mental, no âmbito da Atenção Básica.

Entendemos que tanto o NASF, como as proposições deste trabalho, são fruto do amadurecimento de uma série de transformações que vem ocorrendo no Brasil, desde a década de 1970. Até esse período, o modelo biomédico vinha se desenvolvendo amplamente no país, sem encontrar muita resistência política ou ideológica. Centrado na doença, o modelo biomédico permitiu o desenvolvimento de um lucrativo aparato hospitalocêntrico, cujas bases assentam-se sobre uma concepção de saúde biologicista e liberal privatista. Entretanto, esse modelo, custoso e excludente para a grande maioria da população brasileira, entrou em crise no final de 1970, por diversos motivos conjunturais que iremos mencionar neste trabalho. O esgotamento do modelo biomédico para apresentar respostas aos problemas de saúde da população tem nos conduzido a buscar outros modelos que permitam a construção de novos modos de gerir, cuidar e produzir saúde

(TEIXEIRA, 1989; BERLINGUER, TEIXEIRA e CAMPOS, 1988; FLEURY, 1997; ESCOREL, 1998; PAIM, 2007; CAMPOS, 2006).

O período do final da década de 1970 e início da década de 1980 foi bastante propício para o desenvolvimento de mobilizações sociais no Brasil. Nesse período, acirraram-se as desigualdade sociais e o modelo político e econômico em vigor – o regime militar – passou a ser fortemente tensionado e criticado. A sociedade civil organizou-se em torno de uma série de reivindicações e o principal item da pauta de luta era a democratização política do país. Nesse contexto, no âmbito da saúde, os dois movimentos reformistas já citados ganham força e visibilidade (ESCOREL, 1998; CARVALHO, 2005; CAMPOS, 2006; PAIM, 2007).

O movimento da Reforma Sanitária mobilizou e ainda continua mobilizando diversos atores sociais[1] na arena política, econômica e ideológica do campo da saúde. O modelo de saúde reivindicado por esse movimento é um modelo de saúde coletiva que estrutura-se em torno dos princípios de cobertura universal, atenção integral e equânime da saúde e participação social na construção e fiscalização do sistema de saúde brasileiro. O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988, é fruto dessa luta que atualmente continua sendo travada tanto fora, como no interior dele mesmo. Para implementar a proposta de atenção à saúde de modo universal, integral, equânime e com participação social, o SUS desenvolveu amplo aparato jurídico-político, ideológico e assistencial. A Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, enfatizados neste trabalho, são expressão desses aparatos.

O movimento da Reforma Psiquiátrica, do mesmo modo, também mobilizou e continua mobilizando diversos atores sociais (em alguns momentos, os atores são os mesmos, inclusive) na luta por uma atenção à saúde mental livre da violência asilar, da segregação e marginalização da "loucura". A recente criação da Rede de Atenção Psicossocial, em 2011, é fruto das lutas travadas por esses dois movimentos reformistas em discussão, os quais, desde a década de 1980, permitiram a emergência de dispositivos extra-hospitalares para o atendimento à pessoa em sofrimento psíquico. A especificidade do movimento da Reforma Psiquiátrica, ainda em curso, está no fato de

[1] Alguns dos diversos atores sociais que podemos reconhecer travando lutas, conflitos e embates no interior desse movimento são: os trabalhadores dos serviços públicos de saúde federais, estaduais e municipais, os quais muitas vezes se organizaram em movimentos sociais específicos ou em sindicatos e entidades de categoria profissional; os usuários e seus familiares, os quais também se organizaram em torno de associações que os represente (associações de bairro, associações comunitárias e entidades de base comunitária); os pesquisadores universitários e seus grupos de pesquisa; os proprietários de hospitais, clínicas, centros e convênios de saúde privados; a indústria farmacêutica e seus muitos representantes (laboratórios, centros de pesquisa e de comercialização de medicamentos); e os gestores e órgãos do governo, tais como ministérios e secretarias municipais e estaduais.

que esse movimento, além de buscar a redefinição do acesso aos serviços de saúde, radicaliza a discussão sobre a saúde questionando se os serviços existentes são realmente serviços de saúde, como foi, e continua sendo, o caso do questionamento travado em torno dos hospitais psiquiátricos.

O modelo biomédico, no que diz respeito à área específica da saúde mental, contribuiu muito para que o hospital psiquiátrico fosse pensado como lugar privilegiado para o desenvolvimento de cuidados às pessoas em sofrimento psíquico. A concepção biologicista e liberal privatista de saúde, centrada na doença, intensificou a ideia de sofrimento psíquico como uma doença do cérebro, caracterizada por desiquilíbrios bioquímicos que provocam comportamentos socialmente desajustados. Logo, a internação e contenção (química ou física) do "doente" foram entendidas como as melhores respostas para esse tipo de problema.

Entretanto, no contexto das reivindicações de luta pela democratização do país, o movimento da Reforma Psiquiátrica ganhou força e uma série de denúncias e de questionamentos são colocados em curso. As denúncias que mais chocaram a sociedade brasileira foram aquelas que evidenciaram os maus tratos e as péssimas condições de assistência prestadas à pessoa em sofrimento psíquico, em uma série de hospitais psiquiátricos do país (AMARANTE, 1995). A hospitalização de pessoas por longos períodos acabou por se tornar uma fonte de renda bastante lucrativa para donos de hospitais e clínicas psiquiátricas. É nesse contexto de crise e de crítica ao modelo biomédico que o movimento da Reforma Psiquiátrica ganhou espaço para iniciar um processo de mudança de modelo na atenção à saúde mental no Brasil. Nas décadas seguintes, dispositivos extra-hospitalares e um amplo aparato jurídico-político, ideológico e assistencial também foram desenvolvidos nessa área específica da saúde. O modelo da Atenção Psicossocial é um exemplo disso.

A Rede de Atenção Psicossocial, constituída a partir desse modelo, é atualmente a diretriz legal para a assistência pública à saúde mental e, de acordo com ele, as intervenções no nível do sofrimento psíquico devem ser realizadas por uma rede de serviços de base comunitária, desenvolvidas por equipe multiprofissional no próprio meio social, buscando promover condições para uma existência mais favorável à pessoa que busca assistência, preservando, o quanto possível, os laços de pertencimento social aos sujeitos dessas intervenções (Brasil, 2011a).

Desde o final do século XX, portanto, está em curso no Brasil uma mudança de modelo de atenção à saúde mobilizada pelos dois movimentos reformistas citados e ambos buscam a superação do modelo biomédico tal como descrito acima. Contudo, tanto o modelo de saúde

coletiva – sustentado pela Reforma Sanitária e incorporado em alguns dos aparatos constitutivos do SUS –, quanto o modelo de Atenção Psicossocial – defendido pela Reforma Psiquiátrica e adotado como diretriz legal para atenção à saúde mental no Brasil –, não lograram êxito em fustigar as reações e pressões que lhes são contrárias. Tais modelos continuam se apresentando como alternativas para a superação: da divisão social do trabalho em saúde, da concepção de saúde como doença e de tratamento como cura. A integralidade do cuidado realizada no território de pertencimento dos sujeitos, a humanização da gestão e dos processos de trabalho, a desinstitucionalização e a reinserção social são alguns dos princípios que ainda vislumbramos implementar.

Para que os aparatos institucionais e assistenciais desenvolvidos pelo SUS e pela Rede de Atenção Psicossocial sejam representativos do modelo que se propõe realizar eles necessitariam ter superado aquele ao qual se apresentam como alternativa em seus aspectos infraestruturais, políticos e prático-ideológicos (práxis). Nesse sentido, temos muito a avançar.

Destarte, dispositivos de saúde nos quais atuam equipes multiprofissionais têm sido implantados nos três níveis de complexidade de atenção à saúde no Brasil: nível hospitalar, nível ambulatorial especializado e nível básico. Os movimentos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica se entrelaçam na discussão e no desenvolvimento de dispositivos e serviços que busquem superar a lógica biomédica nesses três níveis.

Neste trabalho, entretanto, queremos enfocar o nível da Atenção Básica, por entendermos que esse nível de atenção à saúde é fundamental para a efetiva mudança de modelo. É nesse nível que a lógica de fragmentação do cuidado, de biologização das práticas, de especialismo e de internação desnecessária pode ser rompida. Nosso propósito é analisar os pontos de encontro dos dois movimentos reformistas no nível da Atenção Básica à saúde. Como um programa desse nível de atenção, entendemos que o NASF é um importante dispositivo a ser compreendido.

Dentre os atores sociais que contribuíram para o desenvolvimento desses movimentos, muitos foram aqueles que já registraram acontecimentos, debateram experiências e publicaram textos sobre os seus avanços e desafios[2]. Neste trabalho, apoiamo-nos em muitos pontos de debate já travados, registrados e publicados. Queremos partir dessa história já colocada em movimento e capturar um de seus dispositivos para propor o nosso debate.

[2] Prova disso é a extensa gama de referências bibliográficas que pudemos utilizar para desenvolver esse trabalho.

Nosso interesse ao investigar o NASF foi o de percebê-lo como um dispositivo capaz de mobilizar uma determinada **práxis**. Para tanto, buscamos por conhecer as propostas, concepções e ações desenvolvidas por profissionais de um NASF, em um município do interior do Paraná.

Além disso, esta pesquisa buscou analisar a dimensão da práxis presente nas trajetórias reformistas em curso no âmbito da saúde brasileira. Baseando-nos em Gramsci (1999) e Vázquez (1977), entendemos a práxis como uma atividade material do ser humano que age na história, provocando transformações que superam os ajustes sociais e procurando romper com as práticas repetitivas que expropriam as riquezas materiais e imateriais do ser humano. Em outras palavras, trata-se do modo como o ser humano produz seu saber-fazer no cotidiano de sua relação com a sociedade, por meio das ações que desenvolve.

Como a dimensão da práxis está relacionada à maneira como o homem constrói o seu saber-fazer a medida em que ele estabelece uma relação com o mundo, consideramos importante evidenciar e refletir sobre as implicações singulares inscritas na relação que estabelecemos com a nossa própria pesquisa. Como sujeito histórico e social, "eu"[3], como pesquisadora/autora, também faço parte de toda essa história que está em curso. Onde, então, eu me inscrevo nessa história?

Eu me inscrevo na construção (e continuidade) das reformas que foram acima citadas, como uma profissional sem tanta experiência e sem tanta história para contar, mas que entende e respeita o legado já construído por tantos outros atores que me antecederam, carregando as bandeiras reformistas e travando as várias batalhas para que chegássemos até esse momento. Respeito e reconheço a importância desse legado, que contribuiu para o desenvolvimento dessa pesquisa. E por que eu me inscrevo e me reconheço como sujeito nessa continuidade das reformas?

Porque me graduei em psicologia em 2004, período de expansão da construção do modelo de Atenção Psicossocial no país. Entretanto, ainda tive uma formação pautada no modelo clínico

[3] No decorrer de todo esse trabalho, optamos por utilizar a primeira pessoa do plural para apresentar nossas ideias, concepções e reflexões. Isso nos ajuda a evidenciar que nos reconhecemos como sujeito social, atravessado e constituído na relação coletiva com outros sujeitos sociais, que dialeticamente nos transformaram e contribuíram para a construção deste trabalho que apresentamos. Ele é fruto da construção coletiva possibilitada, por exemplo, pela relação estabelecida entre pesquisadora e orientadora, entre pesquisadora e tantos outros teóricos e pesquisadores, pesquisadora e grupos de pesquisa do qual faz parte, pesquisadora e usuários do SUS, etc. Entretanto, somente neste ponto da escrita do trabalho, restringindo-nos aos sete parágrafos que descrevem uma trajetória profissional singular, optamos por utilizar a primeira pessoa do singular para justamente demarcar a singularidade da trajetória da pesquisadora/autora deste trabalho, no âmbito da saúde mental na Atenção Básica. Ao fazermos isso, entretanto, não queremos perder de vista o fato de que toda essa trajetória singular é também atravessada por um contexto histórico e social bem mais amplo, que lhe é constituinte. Sendo assim, compreendemos que a singularidade se constrói na universalidade e, ao mesmo tempo e do mesmo modo, a universalidade se concretiza na singularidade. Portanto, o "eu" da pesquisadora/autora não deixa de ser também entendido como ser social.

liberal privatista, voltada para uma intervenção individualizada, fragmentada e centrada no diagnóstico da "doença mental". Contraditoriamente, a área de trabalho que "encontrei" para iniciar a atuação profissional foi a saúde mental na Atenção Básica. Por meio de um processo seletivo, fui convocada para iniciar um trabalho de assistência à saúde mental junto ao Programa Saúde da Família (PSF), um município de aproximadamente 80.000 habitantes, no interior do Paraná.

Muitas das lutas das Reformas Sanitária e Psiquiátrica foram travadas no dia a dia do encontro dos profissionais com a produção das práticas em saúde. Entretanto, o movimento das reformas curriculares para acompanhar essas reformas "do cotidiano" sofre certo *delay*. Consequência: as reformas institucionais foram alcançando certo êxito e mudando o cenário de construção das práticas. Mas a formação dos profissionais para atuar nesses campos tem mudado lentamente[4].

Graduei-me em uma respeitada universidade estadual do Paraná. No entanto, concluí a graduação sem nunca ter se quer ouvido falar de Programa Saúde da Família. Rapidamente percebi o despreparo para atuar na frente de trabalho na qual havia me inserido. Eu pouco conhecia a respeito das Reformas Sanitária e Psiquiátrica. Por ter recebido uma formação que pouco trouxe as discussões reformistas para as reflexões de sala de aula, busquei conhecê-las por meio de cursos de pós-graduação e por meio do "trabalho vivo em ato" no campo, no engajamento político em conselhos locais e municipais de saúde, na luta diária das Unidades Básicas de Saúde para prestar assistência, acolher e enfrentar o sofrimento psíquico, no âmbito da Atenção Básica. Tudo isso me colocou no caminho acadêmico do mestrado e do doutorado.

Essa pesquisa, portanto, é fruto de minha necessidade e de meu desejo por querer entender: que espaço é esse da saúde mental na Atenção Básica? Enquanto profissionais da saúde mental, por que estamos na Atenção Básica? O que vamos fazer lá? Como vamos fazer lá?

A recuperação da história foi fundamental para mim. O mestrado contribuiu muito para me fazer perceber o valor da história na compreensão dos fenômenos. O mestrado, definitivamente, colocou-me na trajetória acadêmica da pesquisa sobre a origem da psicologia no Brasil, sobre os

[4] Apoiamo-nos no trabalho desenvolvido por Ribeiro e Luzio (2008) para fazer tal afirmação. Neste trabalho, os autores analisam as Diretrizes Curriculares para os Cursos de Psicologia, buscando identificar suas orientações para a formação do psicólogo voltada para a área da saúde mental, na perspectiva da reforma psiquiátrica e da atenção psicossocial. "A análise apontou que as Diretrizes contemplam a concepção do fenômeno psicológico como uma produção social e multideterminada, mas não orientam à formação do psicólogo para a área da saúde mental, na perspectiva acima citada, embora evidenciem uma tendência para o campo da saúde, orientada pelo modelo preventivo-comunitário. Nesse sentido, as Diretrizes pouco contribuem para a ruptura do modelo clínico tradicional" (RIBEIRO e LUZIO, 2008, p. 203).

desdobramentos e ressonâncias das propostas da higiene mental para as atuais políticas públicas de saúde. Desde então, tenho buscado conhecer a história da saúde pública, da Estratégia da Saúde da Família, da saúde mental, da Reforma Sanitária, da Reforma Psiquiátrica.

Estudar e recuperar a história têm sido importante para lançar luz sobre os meus questionamentos referentes à produção da práxis em saúde. Entretanto, a sedução pela história não pode nos paralisar, fazendo-nos apenas "remoer" o passado.

A recuperação histórica que defendemos e que consideramos como um dos compromissos do pesquisador é aquela que reconhece o movimento, o constante *devir* da humanidade. Não nos cabe recuperar a história para repetir, de modo acrítico, as velhas palavras de ordem e travar as mesmas batalhas. Também não nos cabe seguir a diante sem reconhecer a trajetória já trilhada, caso contrário, corremos o risco de nos desgastarmos demais tentando "reinventar a roda" e/ou repetindo os velhos equívocos. Sendo assim, reconhecemos que os tempos são outros, mas os desafios que hoje se apresentam precisam ser compreendidos tanto por suas raízes, como por seus frutos.

O tema proposto nesta pesquisa abarca a estruturação de políticas públicas de atenção à saúde mental na Atenção Básica e se delimita no estabelecimento do programa denominado NASF como o principal objeto de estudo de nossa pesquisa. Mas o NASF, enquanto um programa que se desenvolve por meio da ação de uma equipe multiprofissional, não foi só objeto da pesquisa; foi também sujeito da mesma. Acompanhar o "trabalho vivo em ato" de 07 profissionais, ao longo de 12 meses, contribuiu para transformar a produção da própria pesquisa. A equipe pesquisada e os demais atores sociais que com ela se relacionam, contribuíram para a produção de saberes e práticas que passaram a nortear o curso da nossa análise[5].

Nosso tema e nosso objeto/sujeito de estudo nos colocaram diante do vasto campo das ciências sociais e humanas e, segundo Minayo (2008), trabalhar na perspectiva das ciências sociais, implica em considerar o sujeito como humano-gente, em determinado grupo social ou classe - com suas crenças, valores e significados. Implica também considerar que este objeto é complexo, contraditório, inacabado e está em permanente transformação.

[5] Inicialmente, eu havia estabelecido que o principal objetivo da pesquisa seria investigar e analisar as ações, concepções e propostas de saúde mental desenvolvidas apenas pelo profissional da psicologia inserido na equipe de NASF. Acompanhando a referida equipe ficou evidente que as ações, concepções e proposta para o âmbito da saúde mental perpassavam os saberes e práticas de todos os profissionais do NASF. Ou seja, foi durante a pesquisa que algumas das limitações/contradições teóricas da própria pesquisadora puderam ser evidenciadas e dirimidas.

Nossa pesquisa situa-se no campo das metodologias qualitativas e tem sua orientação metodológica pautada na concepção de homem como um ser histórico, capaz de transformar a realidade e ser transformado por ela, numa constante interação com o meio social e com o mundo material. Este homem se constitui nas relações sociais forjadas em um determinado contexto, espaço e tempo, pela apropriação de instrumentos e linguagens socialmente compartilhados[6].

Nesta perspectiva, o fenômeno em análise é visto como histórico, como algo que se constitui a partir da relação dialética entre homem, natureza e sociedade. Nessa relação, nenhuma das partes é tida como boa ou ruim, ou como instâncias independentes, porque todos os elementos internos e externos do fenômeno em análise são forjados nessa relação.

É a partir dessa orientação metodológica que estamos utilizando o conceito de práxis, tal como acima o apresentamos (uma atividade material do ser humano que age na história, provocando transformações que superam os ajustes sociais e procurando romper com as práticas repetitivas que expropriam as riquezas materiais e imateriais do ser humano). Essa é a categoria analítica central em nossa pesquisa. Nela, pesquisadores e pesquisados tornaram-se sujeitos de uma atividade coletiva, sem perder a especificidade de suas diferentes contribuições, porém preservando objetivos comuns.

Apoiando-nos em Martins (2006), consideramos importante enunciar que a abordagem histórica, que neste trabalho estamos buscando imprimir, procura desenvolver uma perspectiva de análise que se contrapõe aos modelos positivistas de investigação. Procuramos superar a cisão entre sujeito/objeto do conhecimento e negar a possibilidade de juízos neutros na construção do conhecimento.

Afirmamos que nosso trabalho se caracteriza como uma pesquisa qualitativa, pois este método "[...] se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam" (MINAYO, 2008, p. 57). Ainda segundo esta mesma autora, este tipo de método busca uma "sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo para a elaboração de novas hipóteses,

[6] Essa concepção histórica do homem e da sociedade foi amplamente desenvolvida por Karl Marx (1818-1883) e Friedrich Engels (1820-1895) ao longo de suas obras. Outros teóricos foram seus intérpretes, contribuindo para socializar e aprofundar suas teorias. Nesta pesquisa já mencionamos que estamos nos baseando nos trabalhos desenvolvidos por Gramsci (1999) e Vázquez (1977), os quais, por sua vez, se apoiaram em Marx e Engels.

construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias" (MINAYO, 2008, p. 57). Foi isso o que buscamos desenvolver, focalizando-nos no NASF.

Entendendo o NASF como uma ressonância do entrelaçar dos movimentos reformistas do campo da saúde brasileira (Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica), nosso **objetivo geral** foi o de investigar de que maneira esse programa se apresenta como dispositivo capaz de mobilizar o que, neste trabalho, estamos chamando de práxis psicossocial e verificar suas possibilidades e fragilidades no desenvolvimento de atenção à saúde mental, no âmbito da Atenção Básica.

Para tanto, entendemos que seria necessário percorrer quatro **objetivos específicos**:

- Realizar uma reflexão teórica sobre os movimentos da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, defendendo a premissa da práxis em saúde enquanto uma práxis social e buscando compreender as práxis defendidas pelos movimentos citados, a partir de um referencial bibliográfico e à luz da filosofia da práxis;

- Analisar os antecedentes históricos que contribuíram para estabelecer a Atenção Básica (AB) como um âmbito central na mudança do modelo de atenção à saúde no país, situando o NASF como um dos dispositivos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e que compõe a AB;

- Conhecer as concepções, propostas e ações desenvolvidas pelos profissionais de um NASF de um município do interior do Paraná, buscando compreender de que maneira esse programa pode contribuir para desenvolver e/ou fortalecer pontos de interseção entre a Rede de Atenção Básica e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no referido município;

- Refletir sobre as concepções e práticas apresentadas pela equipe de NASF e pelos demais atores (gestores, trabalhadores e usuários) que se relacionam com a referida equipe, buscando analisar como estas concepções e práticas, ou seja, como sua práxis tem contribuído para mobilizar a práxis psicossocial em saúde.

A implementação desta pesquisa se deu, portanto, por um duplo movimento mutuamente complementar: a) buscamos refletir teoricamente sobre os dois movimentos reformistas do campo da saúde em curso no país (Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica), em suas dimensões políticas, econômicas e prático-ideológicas; b) desenvolvemos uma pesquisa de campo sobre as concepções, ações e propostas desenvolvidas pelos profissionais de uma equipe de NASF de um município do interior do Paraná.

O município escolhido para o desenvolvimento da pesquisa de campo foi o município de Maringá. A escolha do município não se pautou em um critério clássico de amostragem

probabilística. A escolha se deu pelo fato de que o município possui equipes de NASF em sua Rede de Atenção Básica e pelo fato de que é nesse município que atualmente residimos e desenvolvemos o trabalho profissional, como docente da Universidade Estadual de Maringá. Essa atuação profissional nos possibilita ter alguma participação na construção da rede de serviços de saúde, pois, por meio dele, estamos inseridas em serviços de saúde como supervisora de estágio de alunos de psicologia, desenvolvidos em Unidades Básicas de Saúde. Essa atuação profissional também tem nos possibilitado o desempenho de tutoria junto a um grupo de PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde). Além disso, é nesse município que buscamos desenvolver um engajamento em outras atividades que caracterizam nossa inserção política nesse campo (participação em reuniões de controle social, em Conferências Municipais de Saúde e nossa recente inserção no Cebes – Núcleo de Maringá – criado em 2011).

As ferramentas metodológicas utilizadas no levantamento dos dados foram a observação participante, entrevistas semiestruturadas (transcritas em anexo) e grupos de discussão. Entendemos que essas técnicas metodológicas contribuíram para que o nosso trabalho fosse condizente com o referencial teórico de análise e para que atingíssemos os objetivos apresentados anteriormente.

A observação participante, segundo Gil (1999), consiste na participação real do pesquisador na vida da comunidade, do grupo ou de uma situação determinada. O observador assume, pelo menos até certo ponto, o papel de membro do grupo. Daí se dizer que por meio da observação participante se pode chegar ao conhecimento da vida de um grupo, a partir do interior dele mesmo.

A entrevista semiestruturada foi utilizada como uma ferramenta auxiliar para investigar de maneira mais aprofundada as concepções, ações e propostas desenvolvidas tanto pela equipe de NASF pesquisa, como pelos demais atores que se relacionam com essa equipe (gestores e demais trabalhadores de saúde).

Além disso, visando contribuir para oportunizar a construção de um espaço de diálogo e interação entre serviço, profissionais, famílias e comunidade, propomos o desenvolvimento de grupos de discussão. O grupo de discussão, segundo Callejo (2001), é uma técnica que oportuniza uma interação entre um grupo pequeno e heterogêneo de pessoas que busca alcançar resultados não apenas teoricamente, mas vivencialmente, dentro de uma perspectiva da sociologia crítica. Os grupos tiveram em sua composição os profissionais da equipe de saúde e gestores dos serviços que aceitaram livremente participar dos mesmos. O tema para discussão nesses grupos foi levantado a

partir da própria experiência de observação participante e das entrevistas realizadas com os profissionais, tendo sido eleita como tema a seguinte questão: “após três anos de implementação do NASF, como temos pensado, entendido e avaliado essa proposta?”.

Este trabalho foi organizado em quatro capítulos, além deste breve capítulo de apresentação e do capítulo dedicado às considerações finais.

No capítulo 1, realizamos uma recuperação do cenário político e social que permitiu a eclosão dos movimentos reformistas no âmbito da saúde. Nele, buscamos situar os aspectos contextuais que contribuíram para a emergência de novas propostas de modelo de atenção à saúde no Brasil. No final do capítulo, concentramo-nos em recuperar a necessidade histórica de um diálogo entre saúde mental e atenção básica.

No capítulo 2, desenvolvemos uma discussão teórica, aprofundando a reflexão teórico-metodológica e defendendo a práxis em saúde enquanto práxis social. Além disso, apresentamos a filosofia da práxis como um recurso teórico-metodológico possível para a análise das categorias empíricas levantadas a partir da pesquisa de campo. Nesse capítulo, ainda analisamos os movimentos reformistas brasileiros a luz da filosofia da práxis e apresentamos as práxis defendidas e almejadas tanto pela Reforma Sanitária, como pela Reforma Psiquiátrica.

O capítulo 3 apresenta o NASF, suas origens, antecedentes históricos, contexto, controvérsias e possibilidades. Nesse capítulo, buscamos retratar o NASF como fruto do amadurecimento histórico de uma série de outros dispositivos e conceitos que foram se desenvolvendo antes dele. Apresentamos a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e seus principais dispositivos: a Unidade Básicas de Saúde (UBS) e a Estratégia Saúde da Família, aos quais o NASF está intimamente vinculado. Terminamos o capítulo focalizando os aparatos ideológicos e assistenciais que perpassam a proposição histórica e política do NASF.

O capítulo 4 apresenta o nosso campo de pesquisa, sua configuração enquanto Rede de Atenção à Saúde e a configuração do NASF pesquisado. É nesse capítulo que apresentamos uma sistematização do que observamos e conseguimos apreender sobre a práxis dessa equipe. Nele também realizamos uma exposição das categorias empíricas que levantamos a partir da experiência produzida pela pesquisa de campo e buscamos desenvolver uma análise das mesmas.

Por fim, apresentamos algumas considerações finais. Buscamos realizar um exercício de síntese ao perceber os reflexos e ao produzir reflexões sobre a relação entre as singularidades

observadas por meio da pesquisa e o universo produzido por meio das tensões travadas entre Estado e sociedade, no campo social e político, das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, em curso no país.

Queremos terminar essa apresentação inicial, usando as palavras de Campos (1992), que expressam bem o que buscamos desenvolver nesta pesquisa:

> Deslocar a luz da análise para este mundo do cotidiano pode ser uma estratégia eficaz não só para o processo de construção de consciências críticas sobre o geral e o particular, mas centralmente ajuda cada homem dominado a superar seus limites, a constituir-se como sujeito e a apostar na construção de outros que, como ele, acreditem no novo (CAMPOS, 1992, p. 84).

Esse trabalho é fruto de nossa práxis, ou seja, do modo como o universo dessa pesquisa nos tocou e continua nos tocando, nos transformou e continua transformando e do modo como nós tocamos e transformamos o universo dessa pesquisa. Esperamos que ela toque e transforme o universo de outros.

1. O UNIVERSO DA PESQUISA: contexto político e social da construção da atenção à saúde no Brasil

> *"A política de saúde é uma política de atenção à vida. [...] Talvez seja a política social por excelência, porque ela diz respeito à possibilidade de viver, não só viver, mas viver humanamente, em boas condições para poder participar da esfera pública. Não se pode pensar em um sujeito que vai ter direitos civis se ele está morrendo. [...] Então, acredito que ela é por essência a política social, além de ser uma política que tem interface com todas as outras, porque se não tiver saneamento, não tiver condições de moradia, não tiver salário, se a pessoa não tiver tudo isso ela não vai viver bem e isso vai afetar a saúde dela".*
>
> Sônia Maria Fleury Teixeira

Para podermos refletir sobre as concepções, propostas e ações desenvolvidas pelos profissionais do NASF, é fundamental a compreensão de alguns elementos que lhe são constituintes. O NASF se desenvolve dentro do contexto da Atenção Básica. A Atenção Básica se desenvolve dentro do contexto do SUS. Este, por sua vez, se desenvolveu (e precisa continuar sendo desenvolvido) dentro do contexto da Reforma Sanitária brasileira. A Reforma Sanitária entrelaça-se com outro movimento reformista em curso na história da saúde brasileira: a Reforma Psiquiátrica. Ambas têm muito em comum. É no entrelaçamento das duas reformas que são estruturadas propostas e ações de saúde mental na Atenção Básica, que exigem do NASF um posicionamento e uma ação.

Tendo isso claro, queremos fazer o convite para ingressarmos no universo desta pesquisa. Neste capítulo queremos contextualizar o tema e apresentar um pouco do cenário político e social que culminou na emergência da Reforma Sanitária e da Reforma 44,Psiquiátrica no Brasil. No final do capítulo, concentramo-nos em recuperar a necessidade histórica de construção de um diálogo entre saúde mental e Atenção Básica. Apesar dos avanços conquistados pelos movimentos reformistas, muitos desafios ainda se apresentam para a consolidação de suas propostas.

Entretanto, esses desafios que enfrentamos para sua consolidação de suas propostas não surgiram após a sua implementação. Ao recuperarmos a história desses movimentos, podemos perceber que alguns de seus entraves já vieram se desenvolvendo ao longo do processo de constituição do sistema de saúde brasileiro durante o século XX e atravessaram para o século XXI.

Portanto, para entendê-los e para poder enfrentá-los, é necessário recuperar um pouco de sua história. Entendemos que um dos compromissos do pesquisador é o resgate histórico do passado, para que assim ele possa perceber o cenário de construção do conhecimento sobre um dado fenômeno e suas interfaces ideológicas.

Já mencionamos que desde a década de 1970, vem se desenvolvendo no Brasil um processo de mudanças significativas na área da saúde. Estes processos de mudanças, que foram denominados de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, tem contribuído largamente para produzir novos modos de se conceber o processo saúde-doença e, consequentemente, de organizar e gerir os serviços de saúde no país.

Trata-se de um processo que luta por transformações sociais que estão diretamente voltadas para a área da saúde, mas seu projeto vai além das proposições específicas para este campo, pois vislumbra uma revolução política e social. Tal como afirmou Arouca (1998, p.2), trata-se de uma "reforma democrática não anunciada e ou alardeada na área da saúde". Seus desafios não são simples e a busca pela superação dos mesmos exige que seus atores sociais continuem ousando pensar o, até então, impensado, continuem criando novos dispositivos que desafiem o *status quo* e contribuam para reforçar o ideal revolucionário que colocou tal reforma em movimento. Para entender o seu caráter revolucionário e contra hegemônico, precisamos tecer algumas considerações sobre o quadro que estas reformas procuraram alterar.

As décadas que antecederam os movimentos reformistas foram marcadas pelo crescimento da desigualdade social. De acordo com Singer (1986), em 1970 a desigualdade social havia se intensificado. Em 1960, os 10% mais ricos se apropriaram de 39,6% da renda total do país, enquanto que em 1970, a parcela apropriada pelos 10% mais ricos aumentou para 46,7% da renda nacional. Em 1960, os 60% mais pobres recebiam 24,9% da renda total. Já em 1970, a parcela dos 60% mais pobres diminuiu para 20,9%. A renda média dos 10% mais ricos era 13,4 vezes maior que a renda média dos 60% mais pobres no ano de 1970.

> Esses dados mostram claramente os resultados da política de arrocho salarial e desvalorização do salário mínimo praticada pelo regime militar. Os ganhos iniciais do 'milagre econômico' (1968-1970) foram quase integralmente apropriados pelos 10% mais ricos e, dentro desse grupo, pelos subgrupos de renda mais elevada. [...]. O crescimento livre da economia capitalista no Brasil – livre das reivindicações dos trabalhadores das cidades e do campo – tornou-nos campeões mundiais da desigualdade (SINGER, 1986, p. 68-69).

Esse quadro de extrema desigualdade social se refletiu nas condições de vida da população. Na década de 1960-1970, a expectativa média de vida do brasileiro ao nascer era de 52,67 anos. No nordeste, essa expectativa era de 44,38 anos (IBGE, 1990). Nesse mesmo período, o Coeficiente de Mortalidade Infantil era de 116,9 por mil nascidos vivos (IBGE, 1990). Apenas 33% da população brasileira, em 1970, tinha acesso à água tratada e 26,6% ao saneamento básico. A distribuição de médicos era de 847 habitantes por médico e, de 3,44 por enfermeiro (WORD BANK, 1983). De acordo com Baer, Campino e Cavalcanti (2003, p. 439), "até 1964, apesar do crescimento da cobertura dos serviços previdenciários, apenas 22% da população brasileira tinha acesso aos benefícios de assistência médica da Previdência Social".

O regime militar, modelo autoritário-burocrático implantado no país, contribuiu para fortalecer o setor privado de assistência à saúde. As clínicas e hospitais particulares, os sistemas de seguro-saúde pagos e as indústrias farmacêuticas tiveram amplo espaço para seu desenvolvimento, pois o setor público de saúde baseava-se na compra de serviços dessas instituições para prestar assistência àqueles que eram beneficiários da previdência (GALLO e NASCIMENTO, 1989). Como já se sabe (pois este é um assunto já muito debatido), os beneficiários da Previdência Social eram apenas aqueles que tivessem inseridos formalmente no mercado de trabalho. Sendo assim, após 1964, a maioria da população brasileira continuou a não ter acesso à assistência previdenciária, pois o regime militar favoreceu ainda mais o modelo liberal privatista de saúde. A população que não era beneficiária da previdência teria que pagar diretamente os serviços de saúde, caso precisasse de assistência, o que por sua vez, contribuiu muito para o desenvolvimento do mercado de planos de saúde.

Segundo Geraldes (1992), nas décadas de 1960 e 1970, os gastos com saúde foram bastante reduzidos. Em 1967, o orçamento utilizado pelo Ministério da Saúde para os investimentos na área eram equivalentes a 3,44% do orçamento da União e o problema mais grave era que a maior parte desses "investimentos na saúde" era decorrente de intervenções curativas e individuais desenvolvidas em clínicas e hospitais privados. Este mesmo autor aponta que, ano a ano, o orçamento na saúde foi sendo minado, até que em 1974, o orçamento do Ministério da Saúde chegou a 0,90% do orçamento da União.

Todos esses dados podem nos ajudar a compreender o quadro que desencadeou a emergência dos movimentos reformistas na área da saúde, na década de 1970. Mas isso não é tudo.

A década de 1970 é também a década em que se evidencia uma importante crise estrutural[7] do capital mundial. Mészáros (2009) identifica a década de 1970 como um período em que o movimento do capitalismo atingiu uma dimensão civilizatória que culmina em uma nova crise estrutural da sociabilidade regida por esse modo de produção.

Não é novidade que a sociedade capitalista caminha de crise em crise. A organização social capitalista tem suas bases fundadas na exploração da mais-valia (exploração do homem pelo homem), na divisão social do trabalho, no antagonismo entre as classes sociais detentoras dos meios de produção e aquelas que dependem da venda da sua força de trabalho, no livre mercado e na circulação fetichizada da mercadoria. Essas são as características do capitalismo já analisadas por Karl Marx (1818-1883), no século XIX. Elas carregam em si o germe da crise estrutural do capital, dado o antagonismo e as contradições sociais que elas produzem.

A crise estrutural da década de 1970, da qual nos fala Mészáros (2009), desemboca em uma crise de sociabilidade, relacionada ao modo singular como essas características do capital (acima citadas) se estruturaram e se desestruturaram na dimensão civilizatória alcançada no último terço do século XX. O amplo desenvolvimento tecnológico desse período impulsionou complexas inovações organizacionais, tecnológicas e sociometabólicas nas grandes empresas e na sociedade em geral. Nesse período, as técnicas de organização da produção atingem seu mais alto grau de refinamento, associadas às novas tecnologias de informação e da automação. Isso permitiu a emergência de novas formas de organizar o trabalho e a produção, incorporando inovações tecnológicas na gestão, na organização da produção e do trabalho. Japão e Alemanha são bons exemplos de pioneirismo na implementação de tais mudanças. O resultado foi um substancial aumento na capacidade competitiva e na produtividade registrada nesses países (HARVEY, 2007).

[7] Dois tipos de crises são comumente percebidas no sistema capitalista: a crise estrutural (que está sendo abordada no texto acima) e a crise cíclica. Esta última é também chamada de "crise de superprodução", ou seja, ela se estabelece quando a oferta (produção) é maior que a demanda (consumo). A crise cíclica tem sido desencadeada em decorrência dos próprios aspectos contraditórios e multifatoriais do capitalismo. Segundo Coggiola (2009), Karl Marx reconheceu a crise cíclica como uma manifestação das contradições inerentes à estrutura econômica, ao modo de produção e vinculada às crises sociais e políticas. Dessa forma, é o próprio caráter capitalista da produção que engendra suas crises. Elas já estavam potencializadas antes da realização do modo de produção capitalista, na circulação simples de mercadorias (Mercadoria-Dinheiro-Mercadoria). A crise estrutural tem efeitos mais lentos e graduais e surge quando se observam as potencialidades dos resultados do progresso técnico e sua influência sobre a queda tendencial da taxa de lucro. Ou seja, a crise estrutural acontece em função do uso de maquinário para aumentar a produtividade, reduzindo cada vez mais o trabalho (a "substância do valor") na produção das mercadorias, fazendo assim os lucros do capital terem cada vez menos "substância". Este é o fenômeno que Marx também denominou de "baixa tendencial da taxa de lucros" (COGGIOLA, O. L. A. As crises econômicas e a teoria marxista. **Revista de Economia Mackenzie**. Vol. 7, n. 3, p. 96-180, 2009).

Novos aparatos técnicos, desde câmeras a softwares, criaram novas tecnologias discursivas e mecanismos subjetivos de controle do trabalho e de controle social. Com a fábrica dispensando o capataz e sem a necessidade de qualquer regime ditatorial declarado, uma nova ordem política econômica evidencia ao máximo que "um estado policial em pleno funcionamento não precisa de polícia" (BURROUGHS, 1992, p. 31-32). De acordo com Alves (2011), esses novos modos de organizar a produção e controlar o trabalhador, levaram a discussão da precarização do trabalho para uma dimensão muito além da precarização salarial. O desemprego aumentou significativamente com ampla substituição da mão-de-obra humana por máquinas, sistemas automatizados, computadores e robôs industriais. A continuidade da política de *Welfare State* (ou Estado de Bem-Estar Social) passou a colocar as nações em risco de quebra financeira, devido à quantidade de medidas sociais que seriam necessárias para garantir os direitos trabalhistas adquiridos (seguro-desemprego, direito à renda, entre outros).

> Ao fim dos anos 60, o capitalismo global mergulhava em desordem. Uma séria recessão ocorrera no início de 1973, a primeira desde a grande quebra dos anos 30. O embargo de petróleo e o salto nos preços de petróleo que ocorreram no fim desse ano, no rastro da guerra árabe-israelita, exacerbaram os problemas já bastante sérios. Tornou-se claro que não mais estava funcionando o 'capitalismo enraizado' do pós-guerra, com a sua forte ênfase em uma incômoda união entre capital e trabalho, avalizada por Estados intervencionistas que davam grande atenção ao social (ou seja, ao Estado de bem-estar social), bem como aos salários individuais (HARVEY, 2007, p. 7).

Portanto, o Estado de Bem-Estar Social não estava mais respondendo aos interesses de mercado e não estava conseguindo apresentar uma resposta à crise que se apresentava principalmente no que diz respeito à instabilidade dos preços, baixa taxa de lucro e, consequente, redução dos postos de trabalho, com alta taxa de desemprego. Nesse ponto, podemos nos perguntar: por que a política econômica do Estado de Bem-Estar Social não estava mais conseguindo apresentar respostas à crise?

O Estado de Bem-Estar Social foi à resposta político-econômica encontrada para o enfrentamento da crise do capital financeiro desencadeada especialmente pela quebra das bolsas de valores em 1929 e 1932 e pelas duas guerras mundiais. O período posterior a Segunda Guerra Mundial favoreceu a emergência de uma relação entre Estado e sociedade ainda não vivenciada, como forma de conter o acirramento das contradições que emergiram naquele momento. Os prejuízos materiais e humanos das crises econômicas e das guerras precisavam ser resolvidos.

Como resposta, John Maynard Keynes (1883-1946) apresentou um plano em defesa da intervenção estatal para se contrapor às imperfeições do mercado capitalista.

Singer (1998) analisa que o Keynesianismo procurou mostrar que a crise do capital não poderia ser superada se o nível de emprego, a propensão para a população consumir e a decisão de investir dos empresários não fossem estimulados. Em suas palavras:

> Para reduzir o desemprego e elevar o nível da atividade, era preciso elevar a demanda efetiva, o que, nas circunstâncias, só o governo poderia fazer, seja mediante sua política fiscal – eventualmente gastando mais que a arrecadação – seja mediante sua política monetária, tornando a oferta de dinheiro abundante e a taxa de juros baixa. A principal conclusão de Keynes é que o governo pode governar a conjuntura através do que se chamou de políticas anticíclicas. Estas consistem basicamente na manipulação da própria produção estatal, de modo que ela sirva de contrapeso às oscilações da produção capitalista (SINGER, 1998, p. 159).

Nesse plano, o Estado tem por objetivo guiar o mercado e induzir os agentes econômicos a adotar condutas que resultassem em pleno aproveitamento de recursos, assegurando trabalho e condições de vida aceitáveis a todos os cidadãos.

Segundo Coutinho, (1989), essa nova relação estabelecida entre Estado, capital e sociedade mudou também a perspectiva daquela visão de Estado que fora classicamente analisada por Marx, tendo em vista que a manifestação dessa relação não ocorreu no período por ele analisado. De acordo com esse autor, Marx, ao longo de sua obra, nos proporcionou a compreensão da formação do Estado liberal clássico[8], ou seja, do Estado como representante dos interesses da burguesia e como instrumento de materialização da organização desses interesses comuns à classe dominante:

[8] Coutinho (1989) analisa e demosntra que o que define a natureza de um Estado são os seus padrões de seletividade, determinados por duas questões: de quem são os interesses que o Estado representa? Quais são os critérios de que o Estado se vale para selecionar o que deve e o que não deve ser objeto de política pública? Então, ele afirma: "Pois bem: para um Estado liberal clássico, o critério básico de seletividade é negativo, consistindo na proibição de intervir na ordem econômica, no mundo 'privado'. Em outras palavras: nesse tipo de Estado, está excluída a possibilidade de formular políticas que incidam diretamente na economia" (COUTINHO, 1989, p. 49). Na sequência dessa afirmação, o referido autor se pergunta: "A quem serve, em última instância, esse tipo de seletividade?" (COUTINHO, 1989, p. 49). É a partir do exame dos próprios textos em John Locke (1632-1704), filósofo inglês e ideólogo do liberalismo, que Coutinho (1989) buscou responder a esta pergunta. Segundo ele, Locke diria que esse tipo de seletividade do Estado liberal clássico serviria a todos os indivíduos, na medida em que garante seus direitos naturais. "Mas cabe lembrar que, para Locke e para a maioria dos liberais, entre os direitos naturais do indivíduo, enquanto principal manifestação de sua liberdade, está o direito de propriedade. Há em Locke uma identificação ambígua, da qual se alimenta até hoje a ideologia liberal, entre propriedade e apropriação; o conceito lockiano não distingue entre homem enquanto proprietário dos meios de produção, capaz portanto de camandar o trabalho alheio, e o homem como ser que, para viver, se apropria necessariamente dos bens que cria com seu próprio trabalho. [...] Então, podemos dizer: o critério de seletividade básico do Estado liberal clássico, ou seja, a proibição de intervir na ordem econômica e de

> O Estado que Marx descreve e crítica no *Manifesto* é o Estado que o primeiro liberalismo propõe e defende: um Estado restrito, que representa não o interesse de todos, mas sim o dos proprietários, e que tem um meio básico de exercer sua ação de arbitragem entre os interesses individuais eventualmente conflitantes: a coerção [...]. Nesse momento, Marx tinha certamente uma visão restrita do Estado; mas essa visão correspondia não só à formulada pela própria teoria liberal, como também à realidade do Estado realmente existente na época em questão (COUTINHO, 1989, p. 51).

Entretanto, ao longo dos séculos XIX e XX, sobretudo após as duas guerras mundiais, essa situação veio a se alterar profundamente: "... a segunda metade do século XIX e o século XX se caracterizam pela contínua expansão de direitos políticos e de direitos sociais. [...] Tudo isso aponta para o fim do caráter restrito do Estado" (COUTINHO, 1989, p. 1953).

Essa expansão permanente de direitos políticos e sociais[9] foi impondo progressivamente ao Estado uma reformulação em sua antiga pauta de seletividade. Tomando como exemplo a conquista do direito social de redução da jornada de trabalho para oito horas diárias, Coutinho (1989) analisa essa nova configuração da relação entre Estado, capital e sociedade.

> É curioso observar que, quando a primeira medida sobre limitação de jornada de trabalho foi decretada na Inglaterra, Marx afirmou que essa tinha sido a primeira vitória da economia política da classe operária sobre a economia política do capital. Essa vitória é importante, entre outras coisas, porque indica um fato novo: a possibilidade de, no interior da ordem burguesa, ainda sob a dominação de um Estado capitalista, ter lugar a representação de interesses (ainda que parciais) das classes subalternas, com a consequente formulação de políticas que respondam a demandas provenientes dessas classes. [...] Como disse Marx, isso significa que **algo mudou na natureza do Estado** (COUTINHO, 1989, p. 54, grifos do autor).

Pressionada a lidar com as crises, a ordem liberal clássica se vê pressionada a ceder à expansão das políticas sociais, sejam elas para ampliar diretos políticos, ou diretos sociais. A ordem liberal clássica, comprimida pela expansão de direitos políticos, tende a se converter cada vez mais em liberal-democracia, criando espaço econômico para concessões. A ampliação dos direitos sociais, por sua vez, permite que cheguemos ao que atualmente conhecemos por Estado do

violar o direito de propriedade, serve a um tipo específico de interesse, ao interesse dos que se beneficiam com a compra da força de trabalho alheia. O Estado liberal, em suma, representa objetivamente os interesses de uma classe: a dos proprietários dos meios de produção" (COUTINHO, 1989, p. 50).

[9] São expressão de conquistas em termos de direitos políticos e sociais: o sufrágio universal, o surgimento de partidos e sindicatos de massa, a redução da jornada de trabalho e os demais direitos trabalhistas (pensões e aposentadorias, férias, seguro desemprego, entre outros).

Bem-Estar Social. A ampliação da cidadania política e social evidencia a transformação da relação entre Estado, capital e sociedade: o Estado passou, então, a manifestar abertura de espaço político à representação de novos interesses (COUTINHO, 1989).

Essa pluralidade de interesses, quando se organiza, instaurou o que Gramsci (1978) denominou de "sociedade civil"[10]. Esse Estado, constituído por essa nova conjuntura política econômica, foi chamado por Gramsci (1978) de "Estado ampliado". Isso quer dizer que, principalmente diante das crises que se manifestam, esse tipo de Estado não governa apenas por coerção, mas também por concessão. Para garantir legitimidade ao poder e hegemonia na direção consensual, o grupo dirigente precisará administrar o grau de maior ou menor concessão na disputa entre os diferentes grupos de interesse que compõem a sociedade civil.

É por isso que, ao final da Segunda Guerra Mundial, o Estado de Bem-Estar Social foi a resposta político-econômica encontrada para o enfrentamento das crises daquele momento. Contudo, precisamos deixar claro que as análises feitas por Gramsci acerca dessa nova natureza do Estado não podem ser confundidas com a ideia de que o autor estaria fazendo uma defesa do Estado de Bem-Estar Social. Apesar do Estado de Bem-Estar Social revelar uma natureza ampliada do Estado, Gramsci (1978) analisou que esse tipo de Estado permite apenas desenvolvimento de uma "hegemonia passiva", ou seja, uma hegemonia que não se constrói por uma efetiva participação dos setores subalternos na construção de um *ethos* social. Pelo contrário, nesse tipo de relação entre Estado e sociedade, o Estado é o detentor do poder e da racionalidade, corporificado nas elites políticas e pelos mecanismos da democracia representativa, mantendo seu poder sobre as massas "de cima para baixo". Entre as medidas desenvolvidas pelo Estado do Bem-Estar Social[11] para conformar as massas na direção da reversão das crises do capital, podemos citar: a criação de um sistema de seguridade social, com benefícios para os trabalhadores em termos de aposentadorias;

[10] "Gramsci, principalmente a parti da derrota do movimento socialista italiano perante o fascismo e da vitória bolchevique em 1917, formula alguns conceitos fundamentais para a estratégia da transição ao socialismo nos países capitalistas desenvolvidos. Identificando dois níveis analíticos: a sociedade civil '(...) conjunto dos organismos, vulgarmente ditos privados, que correspondem à função de hegemonia que o grupo exerce em toda a sociedade" (GRAMSCI, 1985, pp.10-11), ou seja, a esfera do consenso; e a sociedade política, responsável pela coerção e representada pela superestrutura jurídico-política, o '(...) aparelho coercitivo para conformar as massas populares ao tipo de produção e economia de um determinado momento" (PORTELLI, 1987, p. 30), Gramsci demosntra como o Estado moderno é ampliado, ou seja, não é mais fundamentalmente coerção, como nos primórdios do capitalismo, mas '(...) sociedade civil mais sociedade política, ou seja: hegemonia revestida de coerção" (GRAMSCI, 1978)" (GALLO e NASCIMENTO, 1989, p. 97).

[11] Mas, vale ressaltar que o desenvolvimento do Estado do Bem-Estar Social precisa ser analisado a partir das características contextuais que determinam a sua emergência em cada nação. Estamos apresentando algumas medidas mais gerais que o caracterizam.

a criação de um sistema de seguro-desemprego; o fornecimento de auxílio financeiro às famílias menos abastadas e com filhos em idade de dependência; a garantia dos serviços públicos; e a dotação de infraestrutura pública. Alguns dos direitos sociais que podem ser associados a essa política de Estado são: direitos trabalhistas, direito à renda e direito à assistência prestada por serviços públicos (de saúde, por exemplo).

Mas, essa política econômica (esta forma de sociabilidade) entrou em crise internacionalmente na década de 1970:

> [...] a crise do *welfare state*, que surgiu na conclusão do longo ciclo do desenvolvimento nacional, confunde-se, também, com a crise do Estado-nação. [...] Destaca-se como pano de fundo deste processo o fim da economia nacional. Diante destas circunstâncias, aspectos essenciais do *welfare state* não seriam mais defensáveis, o que implica em repensar inteiramente a organização e o controle democrático da reprodução social e as combinações de público e privado, em outras palavras, as formas de regulação (HARVEY, 2007, p. 7).

A emergência da crise internacional desencadeada, entre outras cosias, pelas inovações técnicas e tecnológicas ocorridas no último terço do século XX, afetou diretamente a continuidade da política do Estado de Bem-Estar Social se refletiu em: altas taxas de desemprego, desmotivação dos trabalhadores, baixa produtividade, burocratização, sobrecarga de demandas, excesso de expectativas por mudanças.

> A crise da acumulação de capital nos anos 70 afetou a todos por meio da combinação entre desemprego crescente e inflação acelerada. O descontentamento era geral e a conjunção de movimentos sociais urbanos e da população trabalhadora em grande parte do mundo desenvolvido parecia apontar em direção à emergência de uma alternativa socialista para a acomodação social entre o capital e o trabalho, que constituíra o fundamento da tão bem sucedida acumulação de capital no período de pósguerra. Os partidos comunistas e socialistas estavam ganhando terreno em muitas partes da Europa, e mesmo nos Estados Unidos, as forças populares mobilizavam-se por amplas reformas e intervenções do Estado, num espectro que ia desde a proteção ambiental até a segurança e a saúde ocupacional e à proteção do consumidor contra os malfeitos corporativos (HARVEY, 2007, p. 8).

Apesar de o Estado ter passado a ser representante de interesses plurais, por mais "ampliado" que seja, ele continua a ser capitalista, atuando no sentido da manutenção da propriedade privada. Assim sendo, o Estado do Bem-Estar Social recolocou para o capital uma

questão fundamental: qual é o limite para a expansão de políticas sociais no interior da sociedade capitalista? Como expressa Coutinho (1989, p. 57):

> Não é possível compatibilizar a plena cidadania política e social com o capitalismo. Assim como a expansão dos direitos políticos, da democracia participativa, quando impulsionada além de certo limite, entra em choque com a dominação capitalista, também a expansão dos direitos sociais termina por encontrar obstáculos na conservação da lógica da acumulação do capital.

Com o enfraquecimento econômico, político e ideológico da aposta socialista para promover mudanças, a resposta para a crise internacional foi a política econômica que ficou conhecida como neoliberalismo. A partir da década de 1970, houve uma inserção da política econômica neoliberal em sua forma globalizada, como estratégia do capital para reestruturar a economia, atendendo aos interesses do capital financeiro, favorecendo assim às grandes corporações capitalistas. A política neoliberal consiste essencialmente em uma tentativa de recompor a primazia do livre mercado.

Na década de 1980, o neoliberalismo foi implantado na Inglaterra sob a determinação e a rigidez do governo de Margaret Thatcher (1925-2013) – que permaneceu como primeira-ministra do Reino Unido nos anos de 1979 a 1990 – e foi também implantado nos EUA, sob a orientação do governo Ronald W. Reagan (1911-2004) – presidente dos EUA entre 1981 e 1989.

Inicialmente ocorrem grandes explosões especulativas, sob o ponto de vista social, causando com isso, o crescimento da pobreza, do desemprego e aumento da disparidade econômica. Se estas foram as consequências iniciais da implementação de uma política neoliberal, podemos nos perguntar: por que ela foi vislumbrada como uma possibilidade de superar a crise estrutural provocada pela política do Estado de Bem-Estar Social? Harvey (2007) pode nos ajudar nessa reflexão:

> O neoliberalismo é, em primeira instância, uma teoria sobre práticas de política econômica que afirma que o bem-estar humano pode ser mais bem promovido por meio da **maximização das liberdades empresariais** dentro de um quadro institucional caracterizado por direitos de propriedade privada, **liberdade individual, mercados livres e livre comércio**. O papel do Estado é criar e preservar um quadro institucional apropriado a tais práticas. Por exemplo, o Estado deve preocupar-se com a qualidade e a integridade da moeda. Ele também deve estruturar aquelas funções militares, de defesa policiais e jurídicas necessárias para garantir os direitos de propriedade privada, e para apoiar o funcionamento livre dos mercados. Ademais, se não há mercados (em áreas como educação, saúde, previdência social ou poluição ambiental) eles devem ser criados

> pelo Estado, se necessário; mas o Estado não deve se aventurar para além dessas fronteiras (HARVEY, 2007, p. 2, grifo nosso).

Segundo este mesmo autor, com a crise dos Estados, a receita neoliberal aos poucos foi se impondo ao mundo, tornando-se um discurso hegemônico e sendo difundido não só por meio das práticas político-econômicas, mas também pelos modos de pensar e gerir a vida. Foi até mesmo incorporada pelo senso comum por meio do qual interpretamos, vivemos e compreendemos o mundo, ou seja, tornou-se ideologia. O neoliberalismo intensifica, no desenvolvimento de nossa sociabilidade, a ideologia do respeito às liberdades individuais e da primazia do "eu", em detrimento do "nós".

> Os personagens fundadores do pensamento neoliberal consideraram os ideais políticos dos **direitos individuais** e da **liberdade** como sacrossantos, como 'valores centrais da civilização' e, ao fazê-lo, eles escolheram bem e sabiamente, pois enquanto conceitos, têm uma enorme força de atração. Eles argumentavam que tais valores estariam ameaçados não somente pelo fascismo, pelas ditaduras e pelo comunismo, mas por todas as formas de intervenção estatal que **substituíram pelo julgamento coletivo a liberdade de escolha dos indivíduos**. Concluíram que sem o poder difuso e a iniciativa associada (com a propriedade privada e o mercado competitivo) seria difícil imaginar uma sociedade na qual a liberdade pudesse ser efetivamente preservada (HARVEY, 2007, p. 4, grifo nosso).

Dos Estados modernos[12], um após outro (tanto entre os países que sofreram o colapso da União Soviética, como entre as democracias sociais tradicionais europeias; até mesmo os Estados de bem-estar social como a Nova Zelândia e a Suécia; ou ainda África do Sul do pós-apartheid e a China) "[...] todos abraçaram, às vezes voluntariamente, às vezes em resposta a pressões coercitivas, alguma versão da teoria neoliberal, ajustando correspondentemente algumas das suas políticas e práticas" (Harvey, 2007, p.2). Essa suposta demonstração histórica da adequação e, portanto, da superioridade do mercado, fez com que o neoliberalismo surgisse como uma "vitória"

[12] O Estado moderno – na qualidade de sistema de comando político abrangente do capital – é, ao mesmo tempo, o *pré-requisito* necessário da transformação das unidades inicialmente fragmentadas do capital em um *sistema viável*, e *o quadro geral* para a completa articulação e manutenção deste último como *sistema global*. Neste sentido fundamental, o Estado – em razão de seu papel constitutivo e permanentemente sustentador – deve ser entendido com parte integrante da própria base material do capital. Ele contribui de modo significativo não apenas para a formação e a consolidação de todas as grandes estruturas reprodutivas da sociedade, mas também para seu funcionamento ininterrupto (MÉSZÁROS, 2002, pp. 124-125. In: MÉSZÁROS, I. **Para além do capital**. São Paulo: Boitempo; Campinas: Editora UNICAMP. 2002).

ideológica. Essa hegemonia ideológica e unilateralidade do neoliberalismo se traduz pelo que se convencionou chamar de “pensamento único”.

Outro fator que contribuiu para dar legitimidade à política neoliberal foi o fato de que seus defensores passaram a ocupar posições de considerável influência na educação (universidades), na mídia, nos conselhos empresariais, nas instituições financeiras (órgãos do Tesouro, bancos centrais) e, inclusive, nas instituições internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e a OMC (Organização Mundial do Comércio), que regulam as finanças e o comércio global.

Sendo representante da classe detentora do poder econômico e, em muitos casos, também do poder político, fica evidente que o discurso neoliberal não só se apresenta como um projeto utópico, fornecedor de um modelo teórico para a reorganização do capitalismo internacional, mas também como um projeto político que visa tanto restabelecer as condições para a acumulação de capital dos Estados modernos, como restaurar o poder de classe. “O neoliberalismo não se mostrou bom para revitalizar a acumulação de capital global, mas foi muito bem sucedido em restaurar o poder de classe” (HARVEY, 2007, p. 10). Na proposta neoliberal, as estratégias para reestabelecer a acumulação de capital dos Estados fica subjulgada aos interesses de classe. E não há nenhuma dificuldade para que os princípios do neoliberalismo sejam abandonados rapidamente, caso entrem em conflito com esse projeto de classe.

Em linhas mais gerais, a política econômica neoliberal, caracteriza-se por: intervenção mínima do Estado, redução dos gastos sociais e da oferta de serviços públicos, amplo programa de privatização, contração da emissão monetária, elevação das taxas de juros, diminuição da taxação sobre os altos rendimentos, abolição de controles sobre os fluxos financeiros, criação de níveis massivos de desemprego, controle e repressão do movimento sindical e esvaziamento dos movimentos sociais (HARVEY, 2007).

Desenvolvemos toda essa reflexão em torno das questões macrossociais que compõem o cenário mundial da década de 1970, porque foi nesta década que se deu a emergência da Reforma Sanitária no Brasil. Esse cenário mais amplo de tensões, crises e de soluções buscadas em âmbito global interferiram no desenvolvimento das lutas, tensões, crises e soluções buscadas aqui no Brasil.

Procurando conhecer os determinantes estruturais da intervenção estatal e os processos históricos que configuraram os distintos padrões de relação entre Estado, capital e sociedade no

Brasil, poderemos compreender os encaminhamentos das propostas de mudança no setor saúde. Teixeira (1989, pp. 22-23) deixa isso bem claro:

> O conhecimento de uma realidade sanitária específica, bem como dos seus processos de formulação de políticas implica considerar o desenvolvimento do aparelho estatal responsável neste campo como um produto do desenvolvimento histórico das relações entre as forças políticas fundamentais. A análise das políticas sociais deverá ter em conta não apenas os modelos de desenvolvimento nacionais como também a ordem política, os regimes políticos que organizam as relações entre os cidadãos, as classes e as instâncias institucionais.

Segundo a mesma autora, a incorporação das demandas sociais e o desenvolvimento de políticas sociais pelo Estado brasileiro emergem em um contexto de industrialização retardatária, sendo, portanto, diferente daquele processo que se originou na liberal democracia, com a estruturação do Estado do Bem-Estar Social (como brevemente tentamos demonstrar acima).

No caso brasileiro, o Estado é o mentor do projeto político social (e não os trabalhadores), exercendo uma prática de protecionismo social para garantir o mínimo de satisfação das necessidades entre aquelas categorias sociais que mais demandariam benefícios. Este processo se sustenta geralmente por uma relação contratual, mantida por uma proporção da contribuição social feita pelos próprios trabalhadores.

Portanto, neste tipo de sistema, as políticas sociais funcionam como um mecanismo de preservação das desigualdades do mercado e os benefícios concedidos a certas frações da classe trabalhadora se caracterizam como privilégios de grupos ao invés de serem reconhecidos como garantia de direitos universais da cidadania.

No Brasil e na América Latina como um todo, o principal meio utilizado pelo Estado para o desenvolvimento de políticas sociais foi o sistema de Seguro Social, o qual, inclusive, assumiu um papel predominante no campo de atenção à saúde durante quase todo o século XX. Segundo Teixeira (2009), no modelo de seguro social, a proteção social dos grupos ocupacionais estabelece uma relação de direito contratual, na qual os benefícios são condicionados às contribuições pretéritas e à afiliação dos indivíduos a tais categorias ocupacionais que são autorizadas a operar um seguro. Dois fatores costumam ser identificados como fundamentais na origem e evolução desse tipo de política social no Brasil: os grupos de interesse e a burocracia estatal.

De acordo com Santos (1979), Oliveira e Teixeira (1986), Teixeira (1989)[13], nos regimes populistas, como no regime implementado no Brasil após 1930, houve uma crescente politização das relações sociais. O processo de industrialização[14], desencadeado já no período anterior a 1930, permitiu a emergência de uma fração de trabalhadores que passou a fazer pressão para o desenvolvimento de um projeto político que incluísse suas demandas no projeto de sociedade.

A criação de um mecanismo previdenciário foi fundamental na cooptação de frações de trabalhadores ao projeto estatal. Este mecanismo também funcionou como um canal eficiente de escoamento da demanda política e social desses grupos. Em 1923, por exemplo, a "Lei Elói Chaves" deu início ao sistema previdenciário no Brasil, com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). As CAPs eram organizadas pelas empresas e seus empregados e funcionavam em regime de capitalização, gerando um fundo de investimento para custear tratamentos de saúde e pagamento de pensões aos empregados a elas filiados. Porém, as CAPs eram estruturalmente frágeis por possuírem um número pequeno de contribuintes e seguirem hipóteses demográficas de parâmetros duvidosos. Outro fator de fragilidade era o elevado número de fraudes na concessão de benefícios.

Segundo Mendes (1994), esse sistema previdenciário contribuiu para implantar o modelo médico assistencial privatista no Brasil, que se expandiu a partir da década de 1930. Após 1930, já na Era Vargas, o recem criado Ministério do Trabalho incorporou as CAPs e passou a tomar providências para que essa garantia trabalhista fosse estendida a um número mais significativo de trabalhadores. Em junho de 1933, foi criado o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos

[13] Autores como Santos (1979), Oliveira e Teixeira (1986), Teixeira (1989) procuraram estudar a atuação da burocracia estatal e dos grupos de interesse nos contextos políticos que marcaram a trajetória da maioria dos países latino-americanos. Para tanto, analisaram os governos populistas, os regimes burocrático-autoritários e os períodos de transição democrática (período que mais nos interessa por ser nele que emergiram os processos reformistas no campo da saúde), que se desenvolveram nesses países, ao longo do século XX. Indicamos a leitura dos referidos autores para maiores aprofundamentos e apresentaremos uma breve caracterização desses três diferentes tipos de governo, pois no interessa apenas situar o quadro político que configurou na emergência dos movimentos reformistas da área da saúde.

[14] Segundo Patto (1999), apesar de não podermos considerar o Brasil como um país industrial já na Primeira República, o processo de industrialização iniciado antes de 1930 não pode ser ignorado. "Segundo o Censo de 1920, 69.7% da população economicamente ativa dedicava-se à agricultura, 16.5% ao setor de serviços e 13.8% à indústria, quadro que não se alterou significativamente até 1930. Mesmo assim, o crescimento da indústria nesse período não pode ser subestimado: fábricas de médio e de grande porte de fiação e tecelagem, bebidas, roupas, sapatos e alimentos, instaladas no Rio e em São Paulo desde o começo do século, empregavam um número crescente de operários e submetiam homens, mulheres e crianças a condições desumanas de trabalho" (PATTO, 1999, p. 170). Esse quadro descrito por Patto (1999) evidencia o aparecimento de uma classe operária no Brasil. Em: PATTO, M. H. S. Estado, ciência e política na Primeira República: a desqualificação dos pobres. **Estudos Avançados.** Vol. 13, no. 35, p. 167-198, 1999.

(IAPM), ao qual se seguiram o dos Comerciários (IAPC) em maio de 1934, o dos Bancários (IAPB) em julho de 1934, o dos Industriários (IAPI) em dezembro de 1936, e os de outras categorias profissionais nos anos seguintes. Em fevereiro de 1938, foi criado o Instituto de Previdência e Assistência aos Servidores do Estado (IPASE). A presidência desses institutos era exercida por pessoas livremente nomeadas pelo presidente da República.

Ainda segundo Mendes (1994), após 1945, os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) expandiram suas áreas de atuação, que passaram a incluir serviços na área de alimentação, habitação e saúde. Essa ampliação de funções, porém, não foi acompanhada da necessária reformulação da sua gestão financeira, o que acarretou sérios problemas posteriormente. A falta de um planejamento central foi também responsável por graves disparidades na qualidade do atendimento oferecido às diversas categorias profissionais. Em novembro de 1966, todos os institutos que atendiam aos trabalhadores do setor privado foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

O sistema de saúde baseada nas Caixas de Aposentadorias e Pensões, criado na década de 1920, constituiu-se como um embrião para a construção de uma rede privada, subsidiada com recursos públicos, que se acentuou após 1964 e que só veio ser efetivamente questionada no final da década de 1970, com o movimento da Reforma Sanitária.

Esses sistemas previdenciários são marcados por muitas falhas e conflitos de interesse entre categorias profissionais. Resultado: criação e consolidação de sistemas previdenciários fragmentados, iníquos e pouco abrangentes, mas que, ainda assim, representaram um avanço significativo nas condições de vida da população trabalhadora coberta por esse sistema.

> A política social caracterizou-se então por ser, ao mesmo tempo, um sistema de exclusão política e social de certos grupos ocupacionais (camponeses, domésticas, autônomos); um sistema de privilégios diferenciais para os grupos mais poderosos (militares, servidores, frações da classe trabalhadora); um mecanismo institucional, administrativo e legal fragmentado, múltiplo e diversificado. Neste sentido, o sistema institucional de seguro social foi parte atuante de um modelo de **corporativização** da sociedade que preservou o predomínio de um Estado forte enquanto segmentava a classe trabalhadora em categorias funcionais, através de uma incorporação alienada que impedia sua percepção enquanto classe e sua transcendência em direção aos direitos universais de cidadania (TEIXEIRA, 1989, p. 26, grifo nosso).

Segundo Paim (2007, pp. 62-63), “este tipo de Estado configurado desde os anos 30, corresponderia à versão latino-americana da hegemonia keynesiana da Europa, mas sem os direitos associados ao *Welfare State*”.

O acirramento das contradições sociais que foram geradas por esse tipo de relação entre Estado, capital e sociedade, impossibilitou o exercício do controle e a administração de interesses tão divergentes por parte do Estado brasileiro. Como resultado, tivemos a passagem dos governos populistas para os regimes burocrático-autoritários. Estes são representados pelas ditaduras militares e caracterizados por: “exclusão política e econômica dos setores populares, desmobilização e despolitização da sociedade, transnacionalidade da estrutura produtiva e criação de uma tecnocracia (civil e militar) detentora de enormes graus de liberdade de decisão” (O’DONNELL, 1982, p. 43).

Nesse novo pacto de poder, houve a exclusão dos trabalhadores e a desmobilização violenta e repressora de qualquer tipo de organização social. Isso se refletiu na política social intervencionista estatal no sistema previdenciário, com consequente afastamento dos trabalhadores de sua direção. O fechamento dos canais democráticos de representação dos interesses das classes trabalhadoras implicou no surgimento de “anéis burocráticos” estabelecidos entre a burocracia pública (civil e militar) e a burocracia privada, representada pela grande empresa nacional ou internacional (TEIXEIRA, 1989). Esse arranjo reforçou a inserção dos interesses privados no interior do aparelho do Estado, determinando o surgimento de uma relação complexa entre público e privado, existente até os dias atuais. São os rebatimentos dessa relação entre público e privado que nos permitem entender o complexo e peculiar arranjo da participação de organizações públicas e privadas na atual configuração do SUS, o que se apresenta como um desafio ainda imposto no século XXI.

De acordo com Mendes (1994), o modelo liberal privatista que permaneceu hegemônico desde então, do ponto de vista estrutural, constituiu-se de quatro subsistemas: a) o subsistema estatal, representado pela rede de serviços assistenciais do Estado (das três esferas – federal estadual e municipal), por meio da qual se exercia a medicina simplificada destinada à cobertura e prestação de assistência médica a populações não integradas economicamente; b) o subsistema contratado e conveniado com a Previdencial Social, para cobrir os benefícios dessa instituição a setores não atingidos pelas políticas de universalização excludente; c) o subsistema de educação

médica supletiva, que buscava atrair mão-de-obra qualificada das grandes empresas; e d) o subsistema de alta tecnologia, organizado em torno de hospitais de grande densidade tecnológica.

Desde seu nascimento, este modelo, apesar de consquitar hegemonia, sempre recebeu críticas de setores acadêmicos e de escolas de saúde pública, de setores da sociedade civil e de setores de dentro do próprio aparelho do Estado e do poder político. Algumas bem sucedidas experiências municipais, desenvolvidas por prefeituras de oposição buscavam apresentar alternativas para a construção de um sistema público de saúde e descentralizado (ANDRADE, BARRETO, BEZERRA, 2006). Às críticas a esse modelo foram se ampliado e desembocaram no movimento da Reforma Sanitária.

Temos que ter em mente que no momento em que na América Latina se desenvolveram os regimes burocrático-autoritários, internacionalmente as nações mais fortes já haviam lançado mão da política econômica do Estado do Bem-Estar Social e já enfrentavam outras dificuldades que tencionavam a continuidade dessa proposta. No quadro mundial, o neoliberalismo já vinha se apresentando como a resposta para os desafios dos Estados modernos.

No Brasil e em outros países periféricos (nos quais o Estado de Bem-Estar Social não chegou a se desenvolver amplamente), a política econômica neoliberal nos causou impactos ainda mais destrutivos no desenvolvimento das políticas sociais, contribuindo para a precarização de tais políticas num duplo sentido: focalização e privatização. As políticas sociais brasileiras seguem a lógica do custo-benefício e isso implica, fundamentalmente, em privilegiar as populações submetidas à condição de extrema pobreza ou pobreza absoluta para o desenvolvimento de investimentos em termos de ações públicas. A focalização configura-se como um princípio oposto ao princípio da universalização, uma vez que, as políticas sociais focalizadas, ao conceder serviços sociais, transferem a concepção de direito à concessão de benefícios. Além do mais, “o acesso a esses serviços para a população de vulnerabilidade social ocorre por meio da seletividade em que a pobreza deverá ser provada mediante alguns tipos de atestados” (PORTO, 2005, p.164). Para a outra parcela da população não submetida à condição de extrema pobreza ou pobreza absoluta, restou enfrentar a política de privatização dos serviços públicos.

Sendo assim, no caso brasileiro, nos anos de 1970, dadas as características político-econômicas internas e externas, acirraram-se algumas tendências relativas à organização de seu sistema de saúde, as quais Teixeira (1989, p. 27) resume bem:

> a) extensão da cobertura previdenciária, de forma a abranger a qualidade total da população urbana e ainda parte da população rural; b) reorientação da política nacional de saúde para uma prática médica curativo-individual, especializada e sofisticada, em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e interesse coletivo; c) desenvolvimento de um padrão de organização a prática médica orientada em termos da lucratividade propiciando a mercantilização e empresariado da medicina através da alocação preferencial dos recursos previdenciários para a compra de serviços aos prestadores privados; d) viabilização de um complexo médico-industrial com a crescente expansão da base tecnológica da rede de serviços e do consumo de medicamentos.

Ao final da década de 1970, esse sistema de saúde já se mostrava insuficiente para dar conta das necessidades sanitárias brasileiras, que se expressavam de diversas maneiras. A) A prática médica predominantemente curativa e especializada não era capaz de alterar o perfil de morbimortalidade. Persistiam doenças que poderiam ser facilmente evitadas com medidas simples de caráter preventivo. B) Esse tipo de cuidado médico individualizado e curativo gerava altos custos que inviabilizavam a expansão da cobertura. C) Não haviam critérios para a compra de serviços dos hospitais privados, o que abria espaço para a ocorrência de muita fraude, corrupção e enriquecimento indevido, às custas do Estado. D) Ausência de coordenação e planejamento da rede prestadora de serviços. E) Alto gral de centralização e fragmentação da ação governamental, com reduzida eficácia.

Em função da crise da Previdência Social vivida no final da década de 1970 e início de 1980, lutas populares emergiram em busca da redemocratização do país. Iniciou-se o período de transição democrática, pelo qual ainda estamos passando.

Acreditamos que a reflexão empreendida permitiu perceber a relação entre os dois fatores considerados fundamentais na origem e evolução dessas políticas sociais já mencionados: os grupos de interesse e a burocracia estatal. Em cena, estava sempre o Estado, nas mãos das elites governamentais, buscando responder as demandas dos grupos de interesse (representados por algumas categorias profissionais) de maneira altamente política e seletiva. Assim, os programas de proteção social contribuíram para o desenvolvimento de acomodações corporativistas de grupos sociais emergentes, particularmente dos trabalhadores nos modernos setores capitalistas da economia. Na área da saúde, temos o aparecimento das fortes corporações médicas.

Santos (1979) observou que a segmentação política e legal da classe trabalhadora em categorias funcionais, com diferenças nos privilégios alcançados socialmente, resultou em um tipo de "cidadania regulada". Ou seja, os direitos sociais, como condição de cidadania, eram regulados

pela inserção no mercado de trabalho e sancionados pelo Estado. O desenvolvimento desse modelo de cidadania provocou expansões verticais de privilégios. Não foi travada uma luta coletiva pela universalização de direitos. Esse padrão de cidadania regulada pela condição de trabalho tem sido utilizado para descrever a situação latino-americana decorrente das peculiaridades de um processo de acumulação que, além de retardatário, é dependente.

Desse complexo processo de acumulação, surgiu no Brasil uma classe trabalhadora bastante heterogênea, cuja identidade não pode ser encontrada na condição de trabalhadores, mas de consumidores. Isso resulta na dificuldade para o desenvolvimento de lutas sociais, dada à diversidade e heterogeneidade que estarão presentes nos distintos meios sociais (TEIXEIRA, 1989).

O processo de redemocratização que surgiu na década de 1980, por um lado, colocou novas exigências em pauta: equacionamento da enorme dívida social acumulada nos anos anteriores, aumento da equidade e justiça social por meio da implementação de políticas públicas e melhoria da qualidade do serviço público. Por outro lado, trouxe a possibilidade de se buscar uma articulação entre diferentes formas de organização corporativistas e grupos de interesse. Esta se tornou uma tarefa importante: superar o caráter fragmentário dos movimentos sociais e a debilidade estrutural do movimento sindical[15]. Para tanto, mostrou-se necessário lutar por uma nova relação entre Estado e sociedade.

No momento em que a sociedade brasileira se engajou na luta pela democratização do país, na área da saúde, fortaleceu-se o movimento dos profissionais do setor e a temática da saúde foi

[15] Entretanto, mais de quatro décadas depois, a fragmentação dos movimentos populares e a debilidade estrutural do movimento sindical no Brasil não parece ter mudado. Aliás, parece que essas características se intensificaram. Vejamos o caso das mobilizações populares desencadeadas no país em meados de 2013. "O poder de mobilização popular articulada pelas redes sociais é uma tendência mundial, mas, no Brasil, a força desse movimento de rebeldia civil é um fato novo. Entre os dias 17 e 21 de junho de 2013, um milhão de pessoas foram às ruas, convocadas por meio das redes sociais, sem o aparato comumente utilizado nessas ocasiões, como carros de som, alto-falantes, apitos e faixas pré-fabricadas. As manifestações tiveram origem em São Paulo, convocadas pelo Movimento Passe Livre (MPL), em razão do aumento das passagens de ônibus, e se expandiram para outras causas decorrentes da insatisfação popular com os serviços públicos, com a política e a corrupção. Diferentemente dos movimentos sociais com pautas de reinvindicações e lideranças que apresentam e negociam essa pauta, as reinvindicações atuais são muito diversificadas, apresentadas em cartazes improvisados, mas focadas no processo político do país. Especificamente, foram objetos das manifestações que atingiram mais de 400 cidades brasileiras: o aumento das tarifas de ônibus, a corrupção, má gestão pública, os gastos federais com a Copa do Mundo, a PEC n.37, os 500 mil homicídios registrados nos últimos 10 anos e os conchavos políticos. Os manifestantes renegam a participação dos partidos políticos. Segundo pesquisa do Ibope, 89% não se sentem representados por nenhum partido ou político. Os estudiosos argumentam que se trata de uma crise de representação do modelo político brasileiro. Afirmam que não se trata de um movimento ideológico, a grande maioria é despolitizada, ou, na opinião de alguns, existe um sentimento generalizado de antipartidarismo. Essa rejeição das instituições estende-se aos sindicatos e a outros movimentos sociais consolidados" (SORDI, N. A. D. Blog InovaGestão – Consultoria e Informação. Publicado em 24 de junho de 2013. Site: http://www.innovagestao.com.br/2013/06/as-manifestacoes-sociais-e-a-gestao-do-conhecimento/). Acessado em 07 de julho de 2013.

sendo incorporada pela sociedade em geral. De acordo com Gallo e Nascimento (1989), ainda que o projeto da Reforma Sanitária tenha partido de intelectuais do setor saúde, esse projeto visava e ainda visa atender principalmente às necessidades das grandes classes subalternas e, ao mesmo tempo, ele se contrapõe aos interesses das grandes empresas privadas e das multinacionais na área da saúde. "Nesse sentido, a luta pela Reforma Sanitária se insere no quadro mais geral da luta de classes do país" (GALLO e NASCIMENTO, 1989, p. 93). Para transcender o esquema liberal privatista do setor saúde e instituir um sistema de saúde que atenda à nação como um todo, a Reforma Sanitária só pode ser minimamente efetivada em um Estado democrático e comprometido com reformas em nível global da sociedade.

> É impossível pensar seriamente em uma Reforma Sanitária nos marcos de um Estado autoritário, que destina uma ínfima parte de seu orçamento à saúde e à alimentação, com a permanência ainda, na sociedade de problemas gravíssimos na área da habitação e emprego, e com boa parte da população vivendo em estado de miséria absoluta. Assim, a luta pela Reforma Sanitária não pode deixar de andar *pari passu* com a luta por mudanças estruturais na sociedade brasileira, o que equivale a dizer que o Movimento Sanitário, em seu projeto contra hegemônico, tem necessariamente de enfatizar o estreito vínculo entre saúde e sociedade, e ligar-se às correntes políticas e organizações sociais que de uma forma ou de outra contestam a sociedade instituída (GALLO e NASCIMENTO, 1989, p. 95-94).

1.1. Reforma Sanitária: a luta pela democratização da saúde continua no século XXI

A Reforma Sanitária tem seu berço, portanto, nesse processo histórico acima descrito. Ela foi responsável por questionar o modelo biomédico de saúde, dado o seu caráter excludente, privatista, hospitalocêntrico, curatisvista, biologicista e fragmentado. Com isso, iniciou um debate, em nível nacional, sobre um modelo de saúde em outras bases: universal, público, centrado na saúde, capaz de desenvolver ações curativas, preventivas e de promoção da saúde de modo inter/transdisciplinar e coletivo. O Sistema Único de Saúde (SUS), cujas bases foram sendo construídas desde o final da década de 1970 e ao longo de toda a década de 1980, é filho de desse debate, tendo sido instituído pela Constituição de 1988. Desde 1986, o Brasil é considerado um país democrático.

Mesmo após a conquista política da democracia e após a criação do SUS, a Reforma Sanitária brasileira segue em busca de consolidar suas propostas, acompanhando todo esse período de transição democrática e de criação de um sistema de saúde complexo e dinâmico.

Muitos acontecimentos históricos foram fundamentais para a implementação do SUS. Como muitos autores já se detiveram na apresentação sistematizada dos mesmos[16], iremos nos restringir em apenas citar alguns deles: a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976; a criação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde *(*PREV-SAÚDE*)* e a cogestão interministerial estabelecida por meio de um convênio entre Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS)[17] e Ministério da Saúde (MS), em 1980; a criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária, em 1981 e seu Plano de Reorientação da Assistência Médica no âmbito da Previdência Social (o Plano do CONASP), proposto em 1982; as Ações Integradas de Saúde (AIS), desenvolvidas em 1983; a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986; a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, criada em 1986, foi fundamental para a transformação do texto da constituinte na Lei Orgânica da Saúde nº 8080 (Brasil, 1990), também conhecida como Lei do SUS; o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), implementado em 1987; e finalmente, promulgação da Constituição de 1988.

Todos esses acontecimentos foram marcados por tensões políticas, delineadas pelos diferentes interesses dos atores que deles participam. Nem todos esses acontecimentos representaram o sucesso das propostas reformistas colocadas em discussão. Pelo contrário, a criação e implementação do SUS tem se dado apesar das interferências neoliberais que atravessam nosso processo de transição democrática e apesar das frentes contra reformistas que a ele se apresentam. Entretanto, essas tensões não têm impedido perdas e retrocessos pelo caminho. Um exemplo bem claro disso foram as significativas alterações sofridas na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90), decorrentes dos vetos[18] realizados pelo então presidente Fernando Collor de Mello, as quais foram negociadas e parcialmente recuperadas na Lei Complementar nº 8142, de 1990.

---

[16] Como muito já foi produzido e publicado sobre isso, indicamos a leitura de Paim (2003) e Campos (2006), os quais fazem detalhada recuperação desses acontecimentos.

[17] A Lei n° 8.029, de 12 de abril de 1990, extinguiu o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e restabeleceu o Ministério do Trabalho e da Previdência Social. Este, por sua vez, foi extinto em 1992, pela Lei nº 8.490, de 19 de novembro de 1992, que dispôs sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios. Extinguiu o Ministério do Trabalho e da Previdência Social e estabeleceu o Ministério da Previdência Social (MPS). Ambos em vigor até os dias de hoje.

[18] Para saber quais foram os vetos realizados, consultar o site: http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-veto-27098-pl.html

De acordo com Merhy (2011, *online*), “Nós estamos vivendo todo esse processo de mais de vinte anos de um esforço gigantesco de construção do SUS em condições desfavoráveis, tendo a Lei 8080 mutilada e tendo a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) que favorece a privatização”.

Apesar disso, atualmente o SUS é portador de um consistente aparato jurídico-político, ideológico e assistencial, que visa legitimar a saúde, de modo integral e equânime, como um direito universal e dever do Estado. Nos diversos cantos do país, podem ser encontradas experiências exitosas em sua implementação (PAIM, et al. 2011; SANTOS, 2007; MEHRY, et al. 2003).

A tentativa qualificar os avanços possibilitados pela implementação do SUS e seus impactos sobre a melhoria da saúde da população brasileira é tarefa sempre incompleta. Tanto em função dos aspectos conceituais (que nos levariam para o debate sobre o que é e o que caracteriza uma melhor condição, situação ou nível de saúde), como em função uso de dados quantitativos (o que nos conduziria a outro debate sobre quais dados quantitativos poderiam ser expressivos e como eles foram levantados). Entendemos que avaliar a condição de saúde de qualquer população é tarefa sempre controvertida.

Tendo em vista as limitações impostas no exercício dessa tarefa, apresentamos alguns dados que ajudam a visualizar alguns dos resultados do SUS. De acordo com os mesmos, houve: aumento significativo do acesso aos cuidados de saúde; formalização da participação social na criação de políticas e no controle de desempenho, por meio dos Conselhos de Saúde; ampliação da abrangência e cobertura territorial realizada pela Estratégia da Saúde da Família, desencadeando proporcional ampliação do investimento e expansão dos “recursos humanos” e de tecnologia em saúde. Vejamos alguns dados:

> Na PNAD realizada em 1981, antes da criação do SUS, 8% da população (9,2 milhões de pessoas) afirmava ter usado serviço de saúde nos últimos trinta dias, enquanto em 2008, 14,2% da população (26.866.869 pessoas) relatavam uso de serviços de saúde nos últimos quinze dias, o que representa um aumento de 174% no uso de serviços de saúde. O número de pessoas que busca a atenção básica aumentou cerca de 450% entre 1981 e 2008 (PAIM et al., 2011, p. 26).

A implementação da Estratégia Saúde da Família contribuiu muito para a mudança nesse quadro. A Estratégia Saúde da Família surgiu no ano de 1994 como um programa (Programa Saúde da Família – PSF) que visava reorientar a assistência à saúde no país. Seu objetivo desde o início foi desenvolver uma intervenção de saúde integral e integrada com a comunidade, desenvolvendo busca ativa de casos, com vistas a uma intervenção oportuna e precoce, dando ênfase à prevenção,

promoção e educação em saúde. Para tanto, essa intervenção foi organizada por extensão de cobertura e facilitação do acesso, com continuidade das ações de saúde e trabalho em equipe multiprofissional (BRASIL, 2001a). Esta equipe é constituída, desde a sua origem, por médicos generalistas, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde e, a partir de 2001, passou a contar também com uma equipe de saúde bucal, constituída por cirurgião dentista e um auxiliar de saúde bucal (ASB) e/ou um técnico de saúde bucal (TSB).

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o país conta atualmente com mais de 33.900 Equipes de Saúde da Família (ESF), atendendo cerca de 103 milhões de pessoas, em 82% (4.614) dos municípios brasileiros (Ministério da Saúde – Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, março de 2013). Pela centralidade dessa estratégia na reorientação do sistema de saúde brasileiro, nós a analisaremos mais amplamente no conjunto deste trabalho. Por ora, queremos apenas evidenciar dados que nos ajudam a compreender o cenário sócio político de saúde.

Dentre os resultados acima citados, outro aspecto observado foi a formalização da participação social na criação de políticas e no controle de desempenho, por meio dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS). Os CMS foram estabelecidos pela Lei Federal nº 8.142 (BRASIL, 1990) como órgãos permanentes e deliberativos que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Sua composição conta com representantes do Governo, dos prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Por usuários entende-se a participação de sindicatos, das organizações comunitárias, das organizações religiosas e não religiosas, dos movimentos e as entidades das minorias, entidades de portadores de doenças e necessidades especiais, movimentos populares de saúde, movimentos e entidades de defesa dos consumidores, em suma, toda a sociedade organizada. São constituídos por formação paritária, sendo usuários (50%), trabalhadores de saúde (25%), representantes do governo e prestadores de serviços (25%).

De acordo com o Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS, 2014), existem 5.569 conselhos municipais, 26 conselhos estaduais, 01 conselho do Distrito Federal e 36 conselhos distritais de saúde indígena junto ao Conselho Nacional de Saúde e ao Ministério da Saúde. Os CMS são a marca da participação social, como uma diretriz organizativa do SUS. Sua existência é entendida como sinal de transparência, gestão participativa e processo democrático, fruto da luta travada por muitos movimentos sociais nas décadas de 1970 e 1980.

Apesar dessas conquistas já realizadas, tanto no que diz respeito à cobertura dos serviços, à quantidade de equipes de profissionais disponibilizados e ao fortalecimento dos mecanismos de participação social, ainda enfrentamos o problema do subfinanciamento da saúde pública. Segundo dados de 2009, identificados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), os gastos públicos em saúde representaram 3,6% do Produto Interno Bruto (PIB), enquanto os gastos privados alcançaram 4,9%.

Outros dados mais gerais nos permitem perceber mais claramente as contradições e tensões já citadas. Ao mesmo tempo em que alguns dados evidenciam que o Brasil tem passado por alguns avanços em termos de transformações políticas, econômicas, demográficas e sociais nos últimos 40 anos, outros ainda mostram o longo caminho a ser percorrido. Para traçar um paralelo com aquele quadro descrito no início deste capítulo que retratava as décadas de 1960-1970, queremos apresentar os mesmos índices entre 2000-2010.

De acordo com o IBGE (2010), a expectativa média de vida ao nascer, em 2000, era de 70,46 anos e passou para 73,48 anos, em 2010. O Coeficiente de Mortalidade Infantil caiu de 29,7 (por 1000 nascidos vivos), em 2000, para 15,6 em 2010. A distribuição de água atingiu, em 2010, 82,4% da população. A proporção de domicílios com saneamento adequado subiu de 45,3% em 1991, para 56,5% em 2000 e 61,8% em 2010.

De acordo com Paim et. al. (2011, p. 12), "em 2007, o desemprego era baixo (8,2%), mas muitos trabalhadores (43,8%) estavam no setor informal – 56% deles tinham cobertura da previdência social". Ainda de acordo com este autor, "a posse de bens de consumo também aumentou; em 2008, mais de 90% dos domicílios possuíam refrigerador e um aparelho de televisão, 75% tinham celulares, 32% tinham um computador pessoal e 80% dos brasileiros com 15 anos de idade ou mais tinham acesso à internet banda larga" (PAIM et. al., 2011, p. 12).

Outro dado apresentado no quadro descrito entre 1960 e 1970 foi referente ao número de médicos e enfermeiros por habitante. De 1970, quando havia 58.994 médicos, o Brasil chega a 2012 com 388.015 médicos. O número se aproxima dos 400 mil e atinge a taxa de 2,00 profissionais por 1.000 habitantes (DEMOGRAFIA MÉDICA NO BRASIL, 2013). A Organização Mundial para a Saúde (OMS) estabeleceu que o número ideal da existência de profissionais de enfermagem em proporção à população é de 01 profissional de enfermagem para cada 500 habitantes (1:500) (OMS, 2007). A quantidade de profissionais de enfermagem agrupada tem a proporção de 3,8 profissionais de enfermagem/500 habitantes, acima do recomendado pela OMS (COFEN, 2011).

Contraditoriamente a este quadro de melhoria das condições de vida da população brasileira, os índices de desigualdade social entre 2000 e 2010 continuam altos. De acordo com o Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 2000/2001 (Banco Mundial, 2001), no Brasil a renda das famílias 10% mais ricas era cerca de 19 vezes maior do que a renda das famílias 20% mais pobres. Especificamente, com relação à distribuição de renda familiar, este relatório indicou para o final da década de 1990, que entre 137 países, em apenas 07, as famílias 10% mais ricas possuíam mais do que 46% da renda total da nação. O Brasil era um deles. Em 2010, os dados evidenciam que 1% mais rico detém 13% da renda, os 10% mais ricos se apropriam 50% da riqueza e os 10% mais pobres restam apenas 0,8% da riqueza da nação.

Lembremo-nos que, segundo Harvey (2007) o projeto neoliberal visa restaurar o poder de classe dos estratos mais ricos da população. Isso, entre outras coisas, quer dizer que a mudança nas condições de vida da nossa população pode estar muito mais associada às possibilidades trazidas pelos avanços tecnológicos, especialmente os biotecnológicos, que possibilitam maior sucesso no combate e controle das morbidades e consequente aumento na expectativa de vida, do que no sucesso de implementação do SUS.

Esse controvertido quadro econômico e social se reflete no desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro. A implementação do SUS foi uma grande conquista para a sociedade brasileira e uma importante vitória para o movimento da Reforma Sanitária. Entretanto, retomamos o que já dissemos anteriormente: para transcender o esquema liberal privatista do setor saúde e instituir um sistema de saúde que atenda à nação como um todo, a Reforma Sanitária só pode ser minimamente efetivada em um Estado democrático, comprometido com reformas em nível global da sociedade, enfrentando os interesses de classe.

As dificuldades encontradas para a implementação do SUS podem ser assim explicadas: A) em primeiro lugar, o SUS carrega dentro de si aspectos contra hegemônicos que por si só já garantiriam desafios suficientes para seu pleno desenvolvimento; B) em segundo lugar, em um país de dimensões continentais como o nosso, marcado por amplas desigualdades regionais e econômico-sociais, intensificam-se os seus obstáculos e o SUS acaba enfrentando sérias dificuldades para garantir seus princípios mais fundantes: o acesso universal e equitativo e a atenção integral à saúde.

Enfrentamos sérios problemas de subfinanciamento e de frouxa política orçamentária na determinação dos investimentos entre as três esferas do governo. Não podemos nos esquecer que,

ao longo de sua história, o SUS sofre pressões de políticas neoliberais, que tencionam o paradoxo de se estabelecer enquanto um sistema público de saúde universal com um Estado mínimo (COELHO, 2010). Temos que ter em conta ainda o arranjo complexo e peculiar da participação de organizações públicas e privadas no sistema de saúde brasileiro, criando contradições, injusta competição e ideologias divergentes de modelos de gestão e atenção à saúde: modelo biomédico x modelo de saúde coletiva. Vimos, inclusive, que esse arranjo público-privado tem suas raízes nas primeiras décadas do século XX.

Esses fatos, somados a intensa desigualdade regional de nosso país, ajudam a intensificar as dificuldades de financiamento e gestão. Aumentar a cobertura de acesso, a quantidade de equipes multiprofissionais e de serviços de base territorial não significa necessariamente mudança no modelo de atenção à saúde. De acordo com Oliveira (2011) o aumento da cobertura e do acesso aos serviços de saúde no Brasil, não significou, na mesma medida, aumento de resolubilidade dos problemas de saúde, nos diversos níveis de atenção. "Há um descompasso entre a crescente demanda e a velocidade de implementação de ofertas de bens e serviços de saúde, que muitas vezes são de qualidade abaixo da necessária" (OLIVEIRA, 2011, p. 24). Os desafios vão desde a dificuldade para que os serviços se articulem em rede, até os desafios que se apresentam para que as equipes de fato atuem multiprofissionalmente.

Ou seja, os desafios atuais do SUS e da Reforma Sanitária estão intimamente relacionados a toda essa trajetória anteriormente percorrida. Analisando-a fica evidente para nós que a luta da Reforma Sanitária não se encerra com a implementação e organização jurídico-institucional do SUS. Pelo contrário, esta é apenas uma das dimensões dessa luta. A dimensão política é uma dimensão que precisa se manter sempre viva. Aliás, somente enquanto a chama da dimensão política queimar, é que poderão se manter acessos os debates em torno da legitimidade do SUS. O que garante a legitimidade do SUS não é o fato dele estar garantido por lei, mas o fato dele realmente representar os interesses e as necessidades de saúde dos cidadãos.

Tentamos demonstrar que "[...] o caráter político da Reforma Sanitária será dado pela natureza de transição democrática experimentada em cada contexto nacional: transição revolucionária, pactuada ou por colapso" (TEIXEIRA, 1989, p. 39). No caso brasileiro, o que existe é um movimento em construção, que tem possibilitado a transformação do aparato legal e do aparelho institucional, no sentido da criação de um sistema único de serviços, sob a égide do Estado. Mas, existem múltiplos modelos de Reformas Sanitárias operando transformações no modo

de conceber e de intervir sobre o processo saúde-doença no mundo[19]. Portanto, não existe um modelo teórico de Reforma Sanitária, mas múltiplos modelos, cujas diferenças fundamentais refletem as distintas realidades político-sociais da relação entre Estado e sociedade, em cada nação.

Apesar da institucionalização do SUS, temos que retomar a dimensão política da Reforma Sanitária, recuperando esta discussão sobre a construção de uma relação entre Estado e sociedade que questione a lógica capitalista e que sustente a democratização real da saúde:

> [...] a ênfase atual nos aspectos legais e institucionais termina por deixar de lado a necessidade de retomar, permanentemente, o caminho da construção dos sujeitos políticos da reforma. A formação de identidades, a difusão da consciência sanitária, a organização em coalizões sociais em defesa de uma reforma radical são as únicas maneiras de superar os entraves atuais e aprofundar a democratização da saúde. A subversão continua sendo poder pensar que a democratização da saúde é uma utopia para a qual, hoje mais do que nunca, temos condições de construir e assim transformar o Estado e a sociedade brasileira (TEIXEIRA, 2009, p. 480).

Por meio da recuperação do cenário político-social que desenvolvemos, esperamos ter demonstrado que, à medida que saímos do mais alto nível de abstração (determinantes históricos e estruturais da intervenção estatal) para nos acercarmos do objeto mais concreto (o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro, seguridade social e Reforma Sanitária), as relações entre os fenômenos estudados complexificam-se e a saúde não pode mais ser concebida somente como resultante, já que se constitui em um espaço sempre específico de reprodução ampliada das relações políticas e econômicas. A Reforma Sanitária, nesse sentido, evidencia todo o caráter de seu projeto civilizatório.

> A Reforma Sanitária não é um projeto técnico-gerencial, administrativo e técnico-científico; o Projeto da Reforma Sanitária é também o da civilização humana, é um projeto civilizatório, que, para se organizar, precisa ter dentro dele valores que

[19] Sobre os diferentes modelos de reforma sanitária que operam no mundo, indicamos a tese de doutorado de Célia Maria de Almeida. Ela investiga os modelos de sistemas de saúde de seis países. Quatro constituem "modelos clássicos" de desenvolvimento de sistemas de saúde: EUA, o sistema privado por excelência; Reino Unido, o sistema nacional de saúde mais antigo no mundo capitalista ocidental; Suécia, o exemplo do sucesso social-democrata; e Alemanha ocidental, o bem-sucedido sistema centrado no seguro social. E dois analisados como "reformas tardias" – Itália e Espanha, pois, praticamente até os anos 80, não haviam desenvolvido programas de *welfare* compatíveis com os padrões europeus e, aparentemente contra a maré, criavam seus sistemas nacionais de saúde nos moldes das reformas expansionistas dos anos 60-70. Em: ALMEIDA, C. M., 1995. **As Reformas Sanitárias dos Anos 80**: Crise ou Transição? (José Luís Fioro, orientador). Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 411 p. Além desses, analisados por Almeida (1995), ainda podemos citar o modelo canadense, o modelo francês e o modelo cubano, analisados pelo documentário "Sicko – SOS Saúde" (2007) de Michael Moore. Neste documentário, Moore também trata dos modelos dos EUA e Reino Unido.

> nunca vamos perder, pois o que queremos para a Saúde, queremos para a sociedade brasileira (AROUCA, 2001, p.6).

Até o momento desta recuperação do cenário político social, apenas fizemos menção ao movimento da Reforma Sanitária. Entretanto, há outro movimento que deve ser enfocado nesse cenário e que guarda em si o mesmo sentido de transformação civilizatória: o movimento da Reforma Psiquiátrica. O movimento da Reforma Sanitária contempla pontos de discussão mais amplos sobre o campo da saúde em geral. Isso não quer dizer que sejam pontos mais importantes. Não nos agrada ter realizado esta apresentação inicial cindida. Entretanto, a conveniência didático-explicativa e as limitações acadêmico-mecanicista que ainda perpassam nosso modo de pensar e de produzir pesquisa, impuseram-se sobre nosso desejo. Queremos ressaltar que estes dois movimentos são simultâneos e ambos merecem igual atenção. A seguir, faremos uma apresentação inicial da Reforma Psiquiátrica, apresentando-a como um pano de fundo, que juntamente com as mudanças desencadeadas pela Reforma Sanitária, possibilitaram a emergência de uma discussão sobre a necessidade de serem desenvolvidos serviços de assistência à Saúde Mental na Atenção Básica.

1.2. Reforma Psiquiátrica: a saúde mental como uma das bandeiras da luta pela democratização da saúde

Apesar das Reformas Sanitária e Psiquiátrica terem pautas de reivindicações semelhantes, "o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar" (BRASIL, 2005, p. 6).

Este movimento busca, do mesmo modo, uma transformação na relação entre Estado e sociedade, visando à garantia da democratização da saúde também no âmbito da saúde mental. A luta pelo reconhecimento da saúde como um direito ganha contornos ainda mais árduos quando se trata de garantir esse direito à pessoa em sofrimento psíquico. A segregação, a marginalização e a alienação social fazem parte da história política, social, jurídica e cultural em torno do sofrimento psíquico. Um exemplo bastante emblemático dessa marginalização histórica que acompanha as pessoas em sofrimento psíquico é o modo como essas pessoas foram tratadas no próprio Código Civil brasileiro, desde 1916. O Artigo 5º da Lei nº 3.071 (BRASIL, 1916), declarava "São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos de vida civil: I – os menores de dezesseis

anos; II – os loucos de todo o gênero; [...]". Além da expressão "loucos de todo gênero" ser bastante imprecisa e abrir brecha para conotações pejorativas, estigmatizadoras e preconceituosas, qualquer pessoa "de tal gênero" era uma pessoa interditada civilmente. A mudança do Código é bastante recente, data de 2002. O Artigo 3º Lei nº 10.406 (BRASIL, 2002) declara: "São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos de vida civil: I – os menores de dezesseis anos; II – os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos; [...]". As expressões utilizadas nesse novo código refletem, de alguma maneira, a necessidade de superarmos os estigmas historicamente produzidos em torno da "loucura".

Esta particularidade do campo da Saúde Mental, lhe demandou encampar uma luta própria, não dissociada da luta implementada pela Reforma Sanitária, mas paralela. Isso porque, se para aqueles que eram considerados cidadãos (pelo código civil) já estava difícil garantir adequada atenção à saúde, quanto mais para aqueles que nem eram considerados cidadãos. Entretanto, esta trajetória cindida pode ser até explicável historicamente, porém não é aceitável ideologicamente, porque o sujeito com demandas relacionadas a um sofrimento psíquico é um cidadão de direito, tal qual é o sujeito com demandas de tratamento físico. Além disso, ambos os movimentos prezam pelo princípio da saúde integral e buscam a superação das dicotomias entre físico-psíquico, corpo-mente e até mesmo, a superação do trinômio bio-psíquico-social. Estas instâncias são reconhecidas como indivisíveis e indissociáveis do ser.

Há mais de três décadas, o movimento da Reforma Psiquiátrica vem se desenvolvendo no Brasil. Muita luta política já foi travada nos municípios e estados e várias experiências já foram desenvolvidas, no sentido da criação de dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico e da reorientação do modelo de atenção à saúde mental.

Segundo Vasconcelos (2010), até o presente momento já podem ser identificadas três grandes fases da Reforma Psiquiátrica no Brasil[20].

A primeira fase se estendeu de 1978 a 1992. Esta primeira fase caracterizou-se como um período de intensas denúncias dos maus tratos e da péssima assistência prestada à pessoa em sofrimento psíquico em vários hospitais psiquiátricos do país. Trata-se de um período turbulento,

[20] Como muito já foi produzido e publicado a respeto dos acontecimentos que marcaram o movimento da Reforma Psiquiátrica, faremos menção de apenas alguns deles, mais diretamente relacionados a temática proposta por esta pesquisa. Para maiores detalhes sobre esses acontecimentos, indicamos a leitura dos autores que estamos referenciando nesse trecho.

também marcado por movimentos grevistas deflagrados pelos funcionários e profissionais do campo da saúde mental, o que desembocou na "Crise da Dinsam[21]" (Divisão Nacional de Saúde Mental), em 1978. A Dinsam passou, então, a ser fortemente pressionada pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que se organizou e caracterizou-se por colocar em discussão o processo de desinstitucionalização da "loucura" (AMARANTE, 1995).

A dramaticidade de que se reveste a assistência psiquiátrica, com todo o estigma da "loucura", instigou o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) a propor um programa de reorientação específico para a assistência psiquiátrica previdenciária. Esse "Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária" foi oficializado pela Portaria nº 3018, de 21 de dezembro de 1982. Segundo esse programa:

> O modelo asilar e custodial ainda têm prevalecido na prática, apesar dos avanços ocorridos nas áreas da psicoterapia e da farmacologia. Todos são unânimes em afirmar o seu caráter iatrogênico, sem nenhuma possibilidade de contribuir para a superação de quadro nosológico gerado por condições adversas. Esse quadro, agrava-se, ainda, do ponto de vista institucional quando se identificam, aí, as mesmas características indutoras de desvios e distorções já devidamente analisadas e qualificadas no modelo assistencial em geral, com um efeito econômico-financeiro (BRASIL, 1982, p. 3).

Nos objetivos, princípios, proposições, estratégias de implementação e prioridades do referido programa já estão lançadas as bases de muitas mudanças institucionais que vem sendo contratualizadas até os nossos dias. Atualmente, já o "perdemos de vista", após tantas mudanças vivenciadas e tantas outras leis, portarias e decretos criados para reorientar a política de saúde mental, no país. Contudo, em função de seu caráter de inflexão na política de atenção à saúde mental, queremos recuperar, pelo menos, seus princípios:

> a) Ser predominantemente extra-hospitalar; b) Empregar os vários recursos e técnicas diagnóstico-terapêuticas disponíveis com a consequente e necessária utilização de equipe multiprofissional, respeitadas as especificidades de cada categoria profissional; c) Incluir-se numa estratégia de atenção primária de saúde: ser regionalizada, de forma que o evento psiquiátrico seja atendido na própria comunidade e sempre que possível, utilizando os recursos da própria comunidade, integrando-se nas áreas programáticas definidas segundo critérios técnicos de regionalização/integração/hierarquização [...]; d) Utilizar recursos e métodos extra-hospitalares intermediários entre ambulatório a internação integral, que procurem reverter a tendência (prevalente) à hospitalização: hospital-dia, hospital-noite, pré-internação, pensão protegida e oficina protegida, dando-se ênfase aos programas para atendimento e acompanhamento dos pacientes

[21] A DINSAM era o órgão do Ministério da Saúde responsável pelas políticas de saúde mental, vindo posteriormente a se transformar em Coordenação Nacional de Saúde Mental.

> egressos dos hospitais; e) Utilizar a internação integral apenas para aqueles pacientes que represente risco para si e/ou para terceiros nos poucos casos em que associação problema sociais/sintomatologia psiquiátrica impossibilite totalmente manutenção do paciente em seu meio familiar social, e pelo menor prazo possível; f) Promover implantação progressiva de pequenas unidades psiquiátricas em hospitais gerais, na tarefa assistencial ora desenvolvida quase que exclusivamente por hospitais especializados: os hospitais de ensino devem ser incentivados nessa prática pela liderança que podem assumir (BRASIL, 1982, p. 8).

Apesar de seu caráter de inflexão, Regina Marsiglia e Mauro Brasil (CFP, 1984), que viviam no calor da tentativa de implementação de tal programa, apontaram, em um debate organizado em 1984 pelo Conselho Regional Psicologia, da 6ª região (CRP06 - São Paulo), que esse programa, foi acima de tudo uma tentativa de arrumar a casa e racionar recursos públicos voltados para os altos custos de internação hospitalar (CFP, 1984).

Mas, é no bojo dessa primeira fase da Reforma Psiquiátrica que ocorrem as primeiras experiências inspiradoras de criação de novas estratégias e serviços (em Santos e na cidade de São Paulo).

Além disso, um ano após a 8ª Conferência Nacional de Saúde (marco importante da Reforma Sanitária), acontece a I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), sucedido pelo II Congresso dos Trabalhadores em Saúde Mental, no qual ocorre a emergência do movimento da Luta Antimanicomial (1987). Este movimento é muito importante para as demais mudanças que acontecerão nos anos seguintes. Trata-se de um movimento que existe até os dias atuais (com novos desdobramentos) e seus documentos e propostas são muito lembrados e referenciados, de modo que não precisamos recuperá-los aqui. Apenas faremos menção dos três eixos estruturantes de suas propostas: 1) Por uma sociedade em manicômios; 2) Organização dos Trabalhadores de Saúde Mental; 3) Análise e reflexão de nossas práticas concretas (AMARANTE, 1995).

Em 1989, começou a tramitar nas câmaras oficias o Projeto de Lei nº 3.657 que fora apresentado em 1989, pelo então deputado Paulo Delgado, que propunha a "extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais" e regulamentava "a internação psiquiátrica compulsória". Essa Lei ficou 12 anos em processo de tramitação e sofreu significativas alterações até ser aprovada na forma da Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001b), na qual foi suprimida a proposta de progressiva extinção dos manicômios. Este é outro exemplo emblemático que demonstra os árduos contornos da luta travada no campo da Reforma Psiquiátrica.

Voltando para os acontecimentos marcantes da primeira fase dessa reforma, outro marco importante foi a realização da “Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica”, ocorrida em Caracas, em 1990. Nesta conferência foi elaborado um documento denominado "Declaração de Caracas", por meio do qual, países da América Latina comprometeram-se a reestruturar a assistência psiquiátrica, revendo criticamente o modelo hospitalocêntrico e pautando-se na dignidade e direitos dos usuários. A Carta de Brasília (BRASIL, 2005), retoma a declaração de 1990 e avalia a existência de êxitos no decorrer dos quinze anos que o sucederam, reafirmando a validade dos princípios contidos naquele documento.

A segunda fase da Reforma Psiquiátrica, segundo Vasconcelos (2010), estendeu-se de 1992 a 2001. Esse período foi marcado pela II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992) e pela intensa mobilização de experiências municipais e estaduais; pela conquista da hegemonia política do modelo da desinstitucionalização de inspiração italiana; e pelo início do financiamento federal e implantação dos novos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, inspirados nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS, inspirados nas experiências realizadas na cidade de São Paulo, com o CAPS Professor Luis Cerqueira) e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS, inspirados nas experiências desenvolvidas em Santos).

A regulamentação para financiamento e implantação desses novos dispositivos foi estabelecida pela Portaria nº 224 (BRASIL, 1992). Esta portaria se propôs a organizar os serviços de atenção à saúde mental, baseando-se: nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações; na diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial; na garantia da continuidade da atenção nos vários níveis; multiprofissionalidade na prestação de serviços; na ênfase na participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução; na definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação da presente portaria normativa e pelo controle e avaliação dos serviços prestados. Essa portaria estabeleceu normas: para o atendimento em Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde e Ambulatórios (classificando este como os dispositivos do nível ambulatorial); para o atendimento realizado nos NAPS/CAPS (classificando-os como dispositivos do nível intermediário); e para o atendimento hospitalar, realizado em Hospital-dia, em serviços de Urgência Psiquiátrica em Hospital Geral, em Leitos ou Unidades Psiquiátrica em Hospital Geral e em Hospital Especializado em Psiquiatria (estes dispositivos eram do nível hospitalar).

A terceira fase, que se estendeu de 2001 até o presente momento. Teve os seguintes marcos significativos: a III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001); a aprovação da Lei nº 10.216 (mencionada acima) e de mais uma série de outras lei, portarias, decretos e documentos[22], os quais criaram novos serviços, estabeleceram as normas de seus funcionamentos e financiamentos e criaram benefícios destinados à pessoa em sofrimento psíquico; e a IV Conferência Nacional e Intersetorial de Saúde Mental (2010). O fato desta conferência ter sido denominada de "intersetorial" já evidencia a tentativa de se desenvolver uma revisão desse paralelismo entre os movimentos reformistas da área da saúde no Brasil. Mas trata-se ainda de uma incipiente aproximação. Essa terceira fase, pela qual ainda estamos atravessando, caracteriza-se pela expansão e consolidação dos serviços que compõem a atual Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e pela ampliação da agenda política para os novos problemas a serem enfrentados: consolidar e ampliar a referida rede, melhorar o acesso e a qualidade, reorientar os processos de trabalho na efetivação do trabalho em equipe, desenvolver melhores estratégias para lidar com as demandas infanto-juvenis e decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, entre outros.

Todas essas mudanças foram desenvolvidas no sentido de que a atenção em saúde mental ocorra por meio do estabelecimento de uma rede articulada de dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico. As intervenções no nível do sofrimento psíquico devem ser realizadas por uma equipe multiprofissional no próprio meio social, buscando promover condições para uma existência mais favorável à pessoa que busca assistência, preservando, o quanto possível, os laços de pertencimento social aos sujeitos dessas intervenções. Oficializados por meio da Portaria nº 336 (BRASIL, 2002), que atualizou as normas constantes na Portaria nº 224/92, os Centros de Atenção Psicossociais foram dispositivos centrais nesse processo na reorientação da política de saúde mental e ajudaram a concretizar a aposta no modelo de Atenção Psicossocial.

Segundo os últimos dados disponibilizados pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a), o Brasil já possui mais de 1803 CAPS implantados, em diferentes modalidades. A região sul do país é a região que, desde o início da implantação destes dispositivos em 2002, mantem-se como a região com melhor cobertura de CAPS por habitante,

[22] Para mais indicamos: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 2004 a 2010**. Edição XII Colegiado de Coordenadores de Saude Mental. Brasília, Ministério da Saúde. 2010.

atingindo atualmente uma média de 0,94 CAPS por 100.000 habitantes. A média nacional é de 0,74 CAPS por 100.000 habitantes.

Desde que a Reforma Psiquiátrica entrou em curso, houve significativa redução de leitos em hospitais psiquiátricos no país. Segundo os dados da Assistência Médico-Sanitária (IBGE, 1979), havia 96.921 leitos em hospitais psiquiátricos, em 1979, sendo que 68% deles eram leitos financiados pelo Estado em hospitais privados. Em 2002, quando começou a implantação dos CAPS no Brasil, o número de leitos em hospitais psiquiátricos já havia passado por uma redução, diminuindo para 51.393. Em 2012, o número de leitos passou para 29.958 (BRASIL, 2012a).

Porém, atualmente temos claro que para a consolidação desse modelo, nenhum dispositivo deve ser entendido como central. Todos precisam assumir suas responsabilidades na rede. A ideia de estabelecer-se em rede é que passou a ser centralmente enfocada no movimento da Reforma Psiquiátrica.

1.3. Saúde Mental na Atenção Básica e a construção de uma rede de (im)possibilidades

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), "O desenvolvimento da estratégia Saúde da Família nos últimos anos e dos novos serviços substitutivos em saúde mental – especialmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – marcam um progresso indiscutível da política do SUS" (BRASIL, 2007, p. 2). Esse excerto foi retirado do texto intitulado "Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários". Este texto evidencia e propõe um debate acerca da necessária articulação entre a saúde mental e a atenção básica e incentiva a construção de uma atuação que as relacione.

O referido texto do MS reconhece a importância das mudanças que foram sendo implementadas, tanto na área da saúde em geral – por meio da Reforma Sanitária – como na saúde mental – por meio da Reforma Psiquiátrica. A primeira desencadeou a criação do SUS, que nos últimos anos lançou mão da Estratégia Saúde da Família como estratégia de reorganização do sistema de atenção à saúde em geral. A segunda colocou em curso um movimento de criação de dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico em busca de uma intervenção em saúde mental desinstitucionalizada e menos segregadora. Esses dispositivos devem prestar assistência à população de maneira territorializada e articulada em rede, juntamente com os demais serviços de saúde em geral disponibilizados para a população.

No entanto, o próprio texto do Ministério da Saúde já alertava para o fato de que esse avanço na resolução dos problemas de saúde da população (seja por meio da vinculação com ESFs, ou dos serviços substitutivos em crescente expansão) não significa que tenhamos chegado a uma situação ideal, pois

> Os serviços de saúde mental existentes na maioria das cidades brasileiras têm se dedicado com afinco à desinstitucionalização de pacientes cronicamente asilados, ao tratamento de casos graves, às crises, etc. **Uma grande parte do sofrimento psíquico menos grave** continua sendo objeto do trabalho de ambulatórios e da atenção básica (AB) em qualquer uma de suas formas (BRASIL, 2007, p. 2, grifo nosso).

Iniciamos a discussão deste tópico com esse texto do MS, pois ele evidenciava os sinais de intensas reformas operacionalizadas na área de saúde em geral (Reforma Sanitária) e na área de saúde mental (Reforma Psiquiátrica), indicando a necessidade de um vínculo e um diálogo entre as duas áreas, em busca de resolutividade e da superação de entraves e limitações que continuam a reforçar a ideia de prosseguir reformando.

De acordo com o Relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), a depressão se situa entre as principais causas de sofrimento de saúde em geral. Além disso,

> Segundo estimativas internacionais e do Ministério da Saúde, 3% da população (5 milhões de pessoas) necessita de cuidados contínuos (transtornos mentais severos e persistentes), e mais 9% (totalizando 12% da população geral do país – 20 milhões de pessoas) precisam de atendimento eventual (transtornos menos graves). Quanto a transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, a necessidade de atendimento regular atinge a cerca de 6 a 8% da população, embora existam estimativas ainda mais elevadas. (...) Todos esses dados revelam a amplitude do problema a ser enfrentado. O que existe aí, epidemiologicamente falando? Sem contar com nenhum estudo recente, **estimamos que uma grande parte das pessoas com transtornos mentais leves estão sendo atendidos na atenção básica (queixas psicossomáticas, abuso de álcool e drogas, dependência de benzodiazepínicos, transtornos de ansiedade menos graves, etc.)** (BRASIL, 2007, p. 2, grifo nosso).

Tivemos muita dificuldade para encontrar dados que pudessem nos ajudar a dimensionar o quadro dessa parcela da população que está medicalizada e capturada pelo saber psiquiátrico, institucionalizada não pelos “muros e portões” do hospital psiquiátrico, mas pela rede de medicalização vida. O conceito de medicalização da vida merece atenção devido à importância que tem para a compreensão do diálogo que se faz necessário entre Atenção Básica e Saúde Mental.

Segundo Illich (1975), a medicalização da vida é a transformação progressiva de sofrimentos e vivências, que antes eram administrados autonomamente, em problemas de ordem médica, doenças ou transtornos que precisam ser tratados com remédio e especialistas. Além de ser causada pela forte presença (concreta e ideológica) do modelo biomédico em nosso meio, a medicalização da vida é resultado e resultante de uma progressiva desqualificação do saber cotidiano produzido pelo conhecimento popular e pela experiência de vida. Isso intensificou a relação de dependência que a população passou a ter de profissionais que sejam "adequadamente habilitados", para interpor seus ofícios e "descobrir", com o seu "Saber", a causa dos males que lhe acometem e como eles podem ser resolvidos. O que este autor, desde a década de 1970, aponta é que a sociedade atual retira o significado íntimo, pessoal e, ao mesmo tempo, social do sofrimento, tratando-o como um problema técnico-científico, da ordem do especialista.

> A medicalização da vida é malsã por três motivos: primeiro, a intervenção técnica no organismo, acima de determinado nível, retira do paciente características comumente designadas pela palavra saúde; segundo, a organização necessária para sustentar essa intervenção transforma-se em máscara sanitária de uma sociedade destrutiva, e terceiro, o aparelho biomédico do sistema industrial, ao tomar a seu cargo o indivíduo, tira-lhe todo o poder de cidadão para controlar politicamente tal sistema (ILLICH, 1975, p. 6).

Em um documento recente, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) afirma que os trabalhadores de saúde da Atenção Básica (AB) sabem, por experiência, que muitas pessoas que buscam ajuda profissional nas Unidades Básica de Saúde, o fazem por causa de algum sofrimento mental, relatado geralmente como queixas de tristeza e/ou ansiedade. Também é frequente que os profissionais da AB identifiquem nos usuários tristeza e/ou ansiedade importantes, ainda que não haja queixa explícita nesse sentido. Na sequência ele afirma que estudos recentes tem comprovado essa impressão. Segundo o MS (BRASIL, 2013), de cada quatro pessoas que procuram atenção à saúde nas Unidades Básicas, pelo menos uma apresenta transtorno mental leve ou transtorno mental comum.

Segundo Fortes (2004), transtorno mental comum é a terminologia que vem sendo empregada nos estudos de perfil nosológico e epidemiológico daqueles casos nos quais os indivíduos não preenchem os critérios formais para diagnósticos de quadros clínicos, estabelecidos segundo os manuais de Classificação Internacional de Doenças (CID-10) ou do Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais V (DSM-V), mas apresentam sintomas proeminentes que

trazem uma incapacitação funcional comparável ou até pior do que quadros crônicos já bem estabelecidos. Fortes (2004) ainda aponta o fato de que, muitas vezes, quando essas pessoas procuram por assistência, acabam sendo subdiagnosticados, podendo, desta forma, não receber o tratamento adequado. No campo da Atenção Básica, ou da prática médica não-psiquiátrica, isto se torna ainda mais relevante se levarmos em consideração a presença de comorbidades, que acabam por agravar o prognóstico de ambos os problemas, tanto por piora do quadro clínico principal, quanto por aderência inadequada aos tratamentos propostos.

O estudo realizado por Maragno et. al. (2006) apresenta alguns números:

> No Brasil, ainda é muito pequeno o número de investigações epidemiológicas de base populacional, especialmente na área de saúde mental. Entretanto, nas últimas décadas, isto vem se modificando. Em Porto Alegre e São Paulo, cerca de 50% dos pacientes que procuram os serviços básicos de saúde são considerados portadores de distúrbios mentais não-psicóticos. Em Pelotas a prevalência de transtornos psiquiátricos menores foi de 22,7%, sendo 17,9% entre os homens e 26,5% entre as mulheres. No Rio de Janeiro, em 1995, observou-se a presença desses quadros em cerca de um terço dos pacientes de um ambulatório geral universitário. Em Recife, um estudo populacional encontrou uma prevalência total de transtornos mentais comuns de, aproximadamente, 35% (MARAGNO, et. al, 2006).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) chamou atenção para o fato de que o número de pessoas com sofrimento psíquico leve ou associados a outras morbidades é significativamente maior que o número de pessoas que apresentam os chamados transtornos mentais graves e persistentes, como a esquizofrenia e as psicoses afetivas. “Esses são bem menos frequentes, cerca de dois em cada 100 adultos, mas trazem grande impacto na saúde global das pessoas” (BRASIL, 2013, p. 89).

Entendemos que o paralelismo entra a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica acabou permitindo a existência de um “limbo”. Avançamos no questionamento do processo de “hospitalização da vida”, por meio da denúncia e da crítica à iatrogenia provocada pelo asilamento hospitalar. Entretanto, o ideário de expropriação da saúde, tal como apontado por Illich (1975), expressa-se pelas práticas e discursos que atualmente estão presentes não só nas Unidades Básicas de Saúde, mas também nas conversas cotidianas do senso comum. As pessoas facilmente se “diagnosticam” umas às outras com determinadas terminologias médico-científicas que passam a fazer parte do saber popular. A postulação hegemônica de que “o bem-estar exige a eliminação da dor, a correção de todas as anomalias, o desaparecimento das doenças e a luta contra a morte”

(Illich, 1975, 123) estaria, assim, na base de uma busca incessante pelo saber especializado e pelos serviços de saúde, num movimento que reduz nossa capacidade de fazer frente às dificuldades vivenciais e de transformá-las.

Assim, podemos reconhcer no documento do MS (BRASIL, 2013) e em outras pesquisas, como essas apontadas acima, que existe uma faixa de pessoas cujos sofrimentos/dificuldades vêm sendo interpretados como doença, em alguns momentos sendo até denominadas de transtorno mental comum ou leve. Essa questão da medicalização da vida é uma das questões que coloca a discussão sobre saúde mental na Atenção Básica na ordem do dia. Seja pela necessidade de fazermos frente a esse processo de medicalização da vida, seja pela necessidade de, como atores sociais, construirmos espaços nos quais esse processo possa ser questionado coletivamente, entendemos que é necessário desenvolvermos esse debate nos contextos de desenvolvimento de intervenção relacionada à saúde mental na Atenção Básica.

A organização estrutural da Atenção Básica atribui a este nível uma capilaridade em suas intervenções. As Unidades Básicas de Saúde e as Equipes de Saúde da Família interagem e interferem na vida das pessoas em seu próprio meio social, dentro de suas próprias residências, muitas vezes. Essa capilaridade tanto pode estar a serviço de uma rede de medicalização da vida, como pode ser utilizada para que construamos um questionamento amplo desses processos biomédicos, gerando transformação coletiva no modo como concebemos o sofrimento.

Outra questão que demonstra a necessidade de estreitarmos o diálogo entre a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica está relacionada à falta de responsabilização da Atenção Básica por acolher, assistir e acompanhar a pessoa com os chamados transtornos mentais graves e persistentes. Segundo Pitta (2011), a fata de responsabilização pela atenção à crise é um problema que sempre acompanhou a Reforma Psiquiátrica em todos os níveis de atenção à saúde. A atenção à crise sempre foi pensada como uma responsabilidade dos serviços hospitales e ambulatirais especializados. Não queremos dizer que desenvolver atenção a crise seja uma responsabilidade para a Atenção Básica assumir, em detrimento dos serviços em outros níveis de atenção. Queremos apenas nos reportar ao fato de que a Estratégia Saúde da Família, por exemplo, tem dificuldade para se corresponsabilizar pelo acolhimento e/ou accompanhamento de pessoas que teviram ou têm, com alguma frequência, um episódio de crise.

Novamente vamos perceber que o paralelismo entre Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária causaram esse “fosso”. Muito se debateu sobre a mudança na área da saúde mental, mas

nosso discurso não alcançou muitos outros interlocutores para além daqueles que atuam nessa área específica. Enquanto isso, as redes de medicalização da vida e expropriação da saúde ampliam-se.

Tratam-se de questões complexas, difíceis até de serem explicitadas brevemente no espaço desse tópico. Para questões complexas, não podemos oferecer respostas lineares e simples. Diante de uma rede de impossibilidades para superação do modelo biomédico, precisamos construir outra rede de possibilidades. Não se trata de negar o sofrimento presente no curso da vida, mas de questionar e colocar em debate a estrutura social e política destruidora que "apresenta como álibi o poder de preencher suas vítimas com terapias que elas foram ensinadas a desejar" (ILLICH, 1975, p. 6).

Entendemos que o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), como um dispositivo multiprofissional da Atenção Básica, pode ajudar a desenvolver esse diálogo historicamente necessário entre os movimentos reformistas, aqui em questão, e contribuir para a construção de uma rede de possibilidades na rediscussão da práxis em saúde. Mas, podem também reforçar o ideário biomédico, acirrando o discurso do especialista no nível da Atenção Básica.

O NASF foi criado Portaria nº 154/2008, como uma proposta para superação de alguns dos desafios encontrados pelo SUS, proporcionando as Equipes de Saúde da Família (ESF), uma equipe de apoio que lhe ajude a ampliar a clínica e a aumentar o alcance às suas ações. As equipes de NASF podem ser constituídas por diferentes profissionais de saúde[23] e devem buscar instituir a plena integralidade do cuidado aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das ESFs (BRASIL, 2008).

Os NASFs não se constituem como serviços com unidades físicas independentes. Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho com as equipes da Atenção Básica, atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, além de buscar integração intersetorial com serviços de outras redes como a rede do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), redes sociais e comunitárias.

A última edição do Saúde Mental em dados, documento produzido pela Coordenação Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2012a) trouxe novos dados de atenção à saúde mental. Entre eles, este documento trouxe os dados referentes à implantação de Centros de Convivência e

[23] Dentre os profissionais indicados para compor o NASF estão: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional. Nesse momento, apenas os referenciamos em nota de rodapé, porque no capítulo 4 este assunto será amplamente abordado.

Cultura. Os Centros de Convivência e Cultura são unidades que oferecem à população geral espaços de sociabilidade e intervenção na cidade através da cultura, lazer, educação e arte, constituindo-se como espaços de convívio e sustentação das diferenças. Existem 51 desses centros no país, os quais são componentes da Rede de Atenção Básica que devem estar relacionados como a Rede de Atenção Psicossocial. São considerados estratégicos para a inclusão social de pessoas com sofrimento psíquico grave e persistente ou usuárias de álcool e outras drogas.

A responsabilização compartilhada entre as equipes de NASF e as ESFs busca contribuir 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 sociais. São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASFs: discussão de casos, atendimento domiciliar conjunto, 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, entre outras (BRASIL, 2013).

De acordo com a portaria que instituiu o NASF, as ações que essa equipe deverá desenvolver no âmbito da saúde mental são: - realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional; - apoiar as ESF na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de transtornos mentais severos e persistentes e em relação ao uso abusivo de álcool e outras drogas; - discutir com as ESF os casos identificados que necessitam de ampliação da clínica em relação a questões subjetivas; - criar, em conjunto com as ESF, estratégias para abordar problemas vinculados à violência e ao abuso de álcool, tabaco e outras drogas, visando à redução de danos e à melhoria da qualidade do cuidado dos grupos de maior vulnerabilidade; - evitar práticas que levem aos procedimentos de psiquiatrização e medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana; - fomentar ações que visem à difusão de uma cultura de atenção não-manicomial, diminuindo o preconceito e a segregação em relação à loucura; - desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários com articulação intersetorial; - priorizar as abordagens coletivas, identificando os grupos estratégicos para que a atenção em saúde mental se desenvolva nas unidades de saúde e em outros espaços na comunidade; - possibilitar a integração

dos agentes redutores de danos; e - ampliar o vínculo e a corresponsabilização com as famílias (BRASIL, 2008).

Como se pode ver, é bastante ampla a gama de atribuições dadas ao NASF. Mas a própria portaria deixa claro o seu caráter de intermediador entre os diversos serviços e equipes não só da rede da saúde, como também de outras redes, possibilitando a construção de propostas coletivas de saúde. Para o NASF cumprir sua função, os demais dispositivos precisam ter claro também o seu papel e reponsabilidade. O funcionamento dessa rede depende de muitos fatores: da integração necessária entre os diferentes profissionais, do compartilhamento de saberes e do envolvimento ativo da comunidade, de clareza em relação às propostas de mudança reivindicadas pelos movimentos reformistas que estão na base da constituição de toda essa rede, entre outros que queremos abordar nesse trabalho.

Em 2011, a Portaria nº 3088 (BRASIL, 2011a) instituiu oficialmente a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Segundo essa portaria, o NASF é um dos dispositivos da Atenção Básica em Saúde e ele deve articular-se com os outros dispositivos da Atenção Básica e com os demais dispositovos que a compõe: da Atenção Psicossocial Especializada; da Atenção de Urgência e Emergência; da Atenção Residencial de Caráter Transitório; da Atenção Hospitalar; das Estratégias de Desinstitucionalização; e da Reabilitação Psicossocial.

Os questionamentos que nos colocaram no caminho desta pesquisa advêm de todo esse cenário acima apesentado. De que maneira o NASF pode contribuir para desenvolver e/ou fortalecer a política de saúde mental na atenção básica e, consequentemente, fazer o SUS avançar no sentido da atenção integral à saúde? De que maneira o NASF tem se relacionado com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)? Quais são as concepções, ações e projetos, no âmbito da saúde mental, presentes na operacionalização do NASF? Como o NASF pode ser um dispositivo mobilizador de uma práxis psicossocial?

Estamos chamando de práxis psicossocial o conjunto de saberes e práticas necessários para a consolidação das propostas reformistas. É esse conceito que queremos abordar no próximo capítulo.

2. A PRÁXIS EM SAÚDE COMO PRÁXIS SOCIAL: contribuições da filosofia da práxis para um "olhar" metodológico

> *"Encontrei hoje em ruas, separadamente, dois amigos meus que se haviam zangado um com o outro. Cada um me contou a narrativa de por que se haviam zangado. Cada um me disse a verdade. Cada um me contou as suas razões. Ambos tinham razão. Não era que um via uma coisa e o outro outra, ou que um via um lado das coisas e outro um outro lado diferente. Não: cada um via as coisas exatamente como se haviam passado, cada um as via com um critério idêntico ao do outro, mas cada um via uma coisa diferente, e cada um, portanto, tinha razão. Fiquei confuso desta dupla existência da verdade".*
>
> Fernando Pessoa

No tópico anterior constatamos que a Reforma Sanitária surgiu em meio à luta por uma nova relação entre Estado e Sociedade e que seus ideais, colocados em prática, desembocaram na construção do SUS que, apesar de estar longe dos ideais imaginados, já começou a operar transformações na realidade da atenção à saúde da população.

Também sinalizamos para a existência de outro movimento homólogo, no campo da saúde mental, que tem buscado refletir sobre os modelos de atuação e organização de serviços nesta área específica. Este movimento da Reforma Psiquiátrica também tem desenvolvido análises conjunturais sobre as relações explicativas existentes entre atores sociais, projeto de sociedade e concepções do processo saúde-doença. Desde 1987, com o surgimento do Movimento da Luta Antimanicomial no Brasil, estas indagações passaram também a ser mais sistematicamente realizadas por meio de estudos e grupos de pesquisas engajados na luta por uma sociedade sem manicômios.

Entre as transformações já possibilitadas por tais movimentos, apontamos que houve um aumento significativo da cobertura, proporcionando maior acesso à saúde. Houve uma reorientação estratégica do modelo de atenção à saúde, direcionado para a integralidade e equidade, por meio do uso de recursos multiprofissionais e multidisciplinares numa contínua relação com a população e com a comunidade. Houve uma ampliação do olhar para a produção do cuidado em saúde, com vistas para uma intervenção oportuna e precoce, dando ênfase à prevenção, promoção e educação em saúde. Houve a criação de mecanismos que abrem e a garantem espaços para a participação popular e produção coletiva da saúde e da vida.

Especificamente, no campo da saúde mental, houve a criação de dispositivos de assistência à Saúde Mental como espaços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Estes dispositivos incorporam os princípios e diretrizes do SUS e operam em uma lógica de territorialização, por meio de equipes multiprofissionais, buscando a troca de saberes, a ação interdisciplinar e intersetorial, procurando desenvolver um trabalho em rede com os demais dispositivos de saúde em geral.

Entretanto, já mencionamos também que o aumento da cobertura de acesso nem sempre significa, na mesma medida, o aumento de resolubilidade dos problemas de saúde nos diversos níveis de atenção. Em um sistema que almeja fornecer cobertura universal, em um país de vasto território como o nosso, ainda há um descompasso entre a oferta de bens e serviços de saúde e a demanda, gerando, muitas vezes, uma qualidade de assistência abaixo da necessária. Existem problemas de articulação entre os serviços, com fragmentação entre os serviços básicos, especializados e hospitalares, persistindo modelos de gestão/atenção que não coadunam com os princípios e diretrizes do SUS. Nos serviços de Atenção Básica e nos serviços de assistência à saúde mental, as Equipes de Saúde da Família e as equipes dos CAPS enfrentam grandes desafios cotidianos: compor-se e manejar-se como equipe; estabelecer uma nova relação com as atividades de acolhimento; discutir casos e implementar projetos terapêuticos que ampliem a clínica, produzindo sujeitos, autonomia e cidadania (OLIVEIRA, 2011).

Portanto, continuamos questionando: se já existe o SUS e se já existem estratégias para reorientar a assistência à saúde (em geral e em saúde mental) no Brasil, porque ainda existem tantos desafios práticos?

Reiteramos que a mudança jurídico-institucional é processual e é apenas uma das dimensões dessa luta. Nela, já temos avançado bastante. Mas ela não é suficiente para mudar as velhas práticas e as velhas concepções que guiam o nosso modo de fazer saúde, pois estão fundadas no estabelecimento das novas relações sociais. Neste campo, que é o campo da dimensão política, estamos em uma incipiente transição, rumo a uma sociedade democrática? Até o momento, não nos cabe afirma. Apenas questionar. No capítulo um, procuramos recuperar essa discussão sobre a necessidade de revisão da relação entre Estado e sociedade, para fazer avançar os movimentos reformistas. Mas, atrelada às dimensões político-econômicas e institucionais, já debatidas anteriormente, temos uma terceira dimensão a ser analisada: **a dimensão da práxis**.

Se a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica têm como alvo o estabelecimento de uma nova organização social, elas buscam também um novo modo de pensar e produzir práticas em

saúde. Essas são instâncias inseparáveis: uma nova organização social implica diretamente em um novo saber-fazer e vice-versa. Ambos atravessam-se e transformam-se mutuamente. A esse saber-fazer, que se produz e se reproduz no interior de uma dada organização social, denominamos de práxis.

De acordo com Vázquez (1977, p. 398), "[...] as formas específicas de práxis, nada mais são do que formas concretas, particulares, de uma práxis total humana, graças à qual o homem, como ser social e consciente, humaniza os objetos e se humaniza a si próprio". Tanto o saber sobre um determinado assunto, como a prática necessária para intervir sobre uma situação específica são construídos a partir do modo como os homens produzem a sua vida material, ou seja, a partir do modo como suprem suas necessidades e se organizam socialmente. Sendo assim, a consciência científica (teorias, concepções, ideias, escolas de pensamento) e a consciência técnica (prática, modelos de intervenção) são, antes de tudo, consciência histórica.

A práxis em saúde refere-se a um conjunto de ações-concepções produzidas sobre o processo saúde-doença, voltadas a satisfazer determinadas necessidades humanas, no interior de uma organização social.

As limitações e os desafios que se colocam para os movimentos reformistas do campo da saúde, citados acima, ainda evidenciam que, por mais que avancemos na construção de dispositivos extra-hospitalares (seja na Atenção Básica, seja no campo da Saúde Mental), vivemos em uma sociedade institucionalizadora, que nos mantém presos aos velhos modos de produzir práticas de assistência à saúde.

Trata-se de questionar não apenas a existência da lógica hospitalocêntrica, biomédica e medicalizadora, mas de buscar a superação de uma práxis marcada pela fragmentação de ações ditas "especializadas", pela expropriação do sujeito de sua condição de existência e pela segregação do diferente. Estamos assim questionando a práxis que, assentando-se na desigualdade de classes, é instrumentalizada por interesses de produção meramente lucrativos de exploração econômica do sofrimento humano. Portanto, defendemos a ideia de que tanto a Reforma Sanitária, quanto a Reforma Psiquiátrica são movimentos que, exigem uma práxis em saúde que rompa com a organização vigente.

A construção de outra práxis no campo da saúde, ou seja, para a construção de uma práxis profissional que possa contribuir para a transformação social e emancipação dos sujeitos, acreditamos que a perspectiva teórico-metodológica de base materialista histórica se constitui

como um sólido alicerce de sustentação para a pesquisa. Em primeiro lugar, porque por meio dessa concepção metodológica, para além das explicações científicas dos problemas, buscamos a compreensão das determinações históricas e da lógica interna das mesmas. Nada do que se interpreta pode ser entendido de uma vez só e de uma vez por todas. E, em segundo lugar, porque o conceito de práxis é um conceito central para esta perspectiva, inclusive sendo entendido como uma importante categoria do método em questão. Segundo Vasconcelos (2009),

> [...] o marxismo é a principal referência teórica para as forças de esquerda e para a maioria dos movimentos sociais contemporâneos que lutam por uma sociedade mais justa, igualitária e solidária. Oferece um isntrumental essencial para a compreensão da dinâmica das sociedades capitalistas e seus mecanismos de exploração econômica e expoliação social, bem como uma direção fundamental para se construir um projeto ético-político de sua trasnformação e para avaliar a práxis dos atores envolvidos (VASCONCELOS, 2009, p. 93).

Queremos, entretanto, salientar que, apesar de evidenciarmos a nossa filiação metodológica, não a defendemos em uma posição de "onipotência teórica", como se essa perspectiva de teórico-metodológica fosse a única capaz de elucidar os fenômenos sociais no campo em questão. Usamos o excerto de Fernando Pessoa na abertura deste capítulo como uma demonstração dessa reflexão. Sem abrir mão de nossas razões (e de nossa "verdade"), sabemos que outros "olhares" teórico-metodológicos são possíveis e legítimos (existem outras razões e outras "verdades"). O diálogo entre as diferentes perspectivas (tal como no excerto de Pessoa) pode provocar zangas, mas também podem contribuir para a solidez da "amizade" e, neste caso, para a consistência teórica: "... considero[amos] insustentável hoje defender uma posição de onipotência teórica, como se a teoria estritamente marxista fosse capaz de esgotar **todo** o campo da saúde mental e das abordagens psicossociais" (VASCONCELOS, 2009, p. 97, grifo do autor). Existem sutilezas da subjetividade, do "inconsciente" e do desejo operando na lógica do capitalismo atual diante das quais as rígidas fronteiras paradigmáticas propostas por alguns marxistas terão de se abrir.

Segundo Carvalho (2005), as apropriações do marxismo, especialmente de viés estruturalista, para o campo da Saúde Pública, acabaram por manifestar certo reducionismo no enfoque de temas como sujeito, individual e coletivo. Uma das problemáticas referidas por ele é:

> [...] a excessiva ênfase nos determinantes macrossociais na explicação do processo doença que se realiza à custa do enfrentamento do debate sobre as variáveis psicológicas e biomédicas. Incorre-se aqui em desvio positivista similar ao modelo explicativo que procura superar. No afã de contrapor-se ao modelo biomédico, a Saúde Coletiva, em suas primeiras décadas de existência, declara a primazia dos fatores macrossociais à custa das demais variáveis que influenciam e determinam o sujeito arriscando, em nome da luta contra a "tirania do indivíduo", presente no modelo biomédico, propor a "tirania do coletivo" (CARVALHO, 2005, p. 108).

Assim, a ênfase no coletivo passou a sobrepujar os aspectos relacionados ao plano do desejo, do interesse individual e do biológico, afastando-se da concepção dialética marxiana[24] originalmente proposta como método de análise de fenômenos sociais. Esta não estabelece uma hierarquia de relevância entre o plano coletivo e o plano individual/plano do desejo/plano do biológico.

Além disso, as muitas versões e apropriações problemáticas do marxismo, que desembocaram em várias distorções ocorridas em experiências no socialismo real, têm sinalizado para um processo de revisão cuidadosa das bases teóricas dessa perspectiva metodológica, visando tanto identificar os elementos revolucionários e reapropriáveis, como também visando à identificação de elementos mais conservadores e reacionários.

> A essência do método em Marx é o revisionismo. Afinal, o que é o método de Marx? É a fidelidade ao movimento do real. E o que é o real? É uma permanente dialética de conservação e renovação: usando uma bela expressão do jovem Lukács, o real é o jorrar incessante do novo. Portanto, se não renovo minhas categorias, se não as reviso para poder conceituar o real em seu incessante devir, sou infiel ao marxismo, ao método histórico-dialético de Marx. [...] Decerto, para entender o capitalismo de hoje, é preciso passar necessariamente por "O capital" de Marx: mas o que se lê neste livro magistral não é suficiente para entender plenamente nossa época. Disse em outro lugar e repito agora: para não sermos animais em extinção, os marxistas temos de ser animais em mutação (COUTINHO, 2006, contracapa).

Para Marx (1983), todo movimento, transformação ou desenvolvimento opera por meio das contradições ou mediante a negação de uma coisa - essa negação se refere à transformação das

[24] De acordo com Saviani (2004), o adjetivo "marxiano" está já consagrado na literatura acadêmica para se referir ao pensamento do próprio Marx. Em contrapartida, o termo "marxista" refere-se aos seguidores ou intérpretes de Marx. Em: SAVIANI, Dermeval. **O Legado Educacional do Século XX no Brasil.** São Paulo: Autores Associados Ltda, 2004.

coisas. A dialética é a negação da negação para Marx. Mas não é da forma como ela está já concebida em Hegel, pois neste, a negação da coisa em si recai na abstração filosófica que nada difere da concepção teológica e transcendente.

A negação da negação como movimento de transformação da coisa em si, presente na dialética marxiana, se produz na concreticidade do movimento da vida. Engels (1877) nos ajuda, portanto, a compreender que para a dialética não há nada de definitivo, de absoluto, de sagrado; apresentando uma "caducidade" de todas as coisas e em todas as coisas. Para a dialética, nada existe além do processo ininterrupto do devir e do transitório.

> No marxismo a dialética se transformou numa maneira dinâmica de interpretar o mundo, os fatos históricos e econômicos, assim como as próprias ideias, sob a égide do *materialismo histórico*. Marx se apoiou nas ideias de Hegel relativas ao perene movimento universal e ao constante processo de transformação, mas o fez, invertendo os termos da reflexão desse autor. Em Marx, a dialética está presente como método de transformação do real que por sua vez modifica a mente criando as ideias (Minayo, 2002 p.10).

Sendo assim, segundo Minayo (2002), a grande contribuição marxiana sobre a dialética é a inversão teórica e prática da visão hegeliana de primazia do pensamento sobre a ação na construção da realidade. A dialética marxiana está orientada "da terra para o céu", ou seja, parte da historicidade concreta das organizações sociais e de sua base material para a compreensão do pensamento produzido em cada tempo histórico. Assim, podemos entender que do ponto de vista da história, nada existe de eterno, fixo e absoluto, portanto, não existem nem ideias, nem instituições, nem categorias estáticas.

Para Marx (1983), o movimento das categorias de análise da realidade surge como ato de produção real. As categorias expressam aspectos fundamentais das relações dos homens entre si e com a natureza. São construídas através do desenvolvimento do conhecimento e da prática social. São as categorias que servem de critério de seleção e organização da teoria e dos fatos a serem investigados. A partir da finalidade da pesquisa, as categorias fornecem o princípio de sistematização que vão conferir sentido, cientificidade, rigor e importância à pesquisa.

Kuenzer (1998), analisando a perspectiva materialista histórica de análise da realidade, diferencia dois tipos de categorias: 1) as categorias metodológicas, que seriam aquelas características do próprio método dialético, tais como: totalidade, contradição e práxis, por exemplo. Estas categorias nos dão suporte na relação pesquisador-objeto de pesquisa, durante todo o desenrolar do trabalho, iluminando todos os procedimentos; 2) as categorias de conteúdo

– enquanto particular, faz a mediação entre o universal e o concreto. São recortes particulares que são sempre definidos a partir do objeto e da finalidade da investigação. Em síntese, Kuenzer (1998) afirma que a metodologia se define através da expressão das leis universais (categorias metodológicas) e a sua aplicação ao singular (as categorias de conteúdo).

Minayo (2008) reforça que os conceitos mais importantes dentro de uma teoria são as categorias. De maneira semelhante, esta autora também apresenta uma distinção entre categorias: categorias analíticas e categorias empíricas. As categorias analíticas são aquelas que detêm as relações sociais fundamentais e podem ser consideradas balizas para o conhecimento do objeto nos seus aspectos gerais. As categorias empíricas são aquelas construídas com finalidade operacional, visando ao trabalho de campo (a fase empírica) ou a partir do trabalho de campo. Elas têm a propriedade de conseguir apreender as determinações e as singularidades que se expressam na realidade empírica.

Nesta pesquisa, estamos utilizando a categoria da práxis como principal categoria metodológica (tal como sistematizou Kuenzer, 1998) ou categoria analítica (como denominou Minayo, 2008). Importantes teóricos marxistas dedicaram-se a reflexão e a sistematização de uma teoria a partir desta categoria metodológica/analítica, chegando a denominá-la de "Filosofia da Práxis" (GRAMSCI, 1999; VÁZQUEZ, 1977).

Quanto às categorias de conteúdo (assim denomindas por Kuenzer, 1998) ou categorias empíricas (tal como menciona Minayo, 2008), elas serão melhor examinadas e expostas no capítulo 4 deste trabalho, momento em que concentramos nosso olhar nos dados levantados pela pesquisa de campo. Será neste outro momento que refletiremos sobre a categoria da práxis à luz de uma realidade empírica, ou seja, a partir da concreticidade do trabalho vivo e em ato da equipe de NASF pesquisada.

Passaremos, a seguir, para uma apresentação da filosofia da práxis como uma ferramenta metodológica de análise possível para o trabalho que desenvolvemos. Por estarmos lidando com fenômenos sociais, qual sejam – as Políticas Públicas de Saúde Mental expressas em ações/concepções e projetos desenvolvidos pelo NASF – entendemos que esse referencial metodológico contribuirá na busca por responder àquelas questões anteriormente enunciadas no final do capítulo 1 e que nos colocaram no caminho desta pesquisa.

2.1. A filosofia da práxis como ferramenta metodológica de análise

O conceito de práxis aponta para a relação do homem com o mundo. Ou seja, à medida que o homem produz e transforma o mundo que o rodeia, ele é também transformado. O homem se transmuta enquanto modifica o espaço ao seu redor, não individualmente, mas socialmente. “Toda vida social é essencialmente prática [práxis]” (MARX, ENGELS, 1986, p. 14).

A práxis tem um caráter de intencionalidade e de consciência, pois o homem tem consciência da realidade. Marx e Engels (1986) entendem que o homem, ao produzir as condições materiais para a sua existência, acaba produzindo também a sua própria consciência. A práxis vai além do material.

> [...] a consciência da necessidade de estabelecer relações com os indivíduos que o circundam é o começo da consciência de que o homem vive em sociedade. [...] desenvolve-se a divisão do trabalho, que originariamente nada mais era do que a divisão do trabalho no ato sexual e, mais tarde, divisão do trabalho que desenvolve por si própria “naturalmente”, em virtude de disposições naturais (vigor físico, por exemplo), necessidades, acasos etc. A divisão do trabalho torna-se realmente divisão apenas a partir do momento em que surge uma divisão entre trabalho material e o espiritual. A partir deste momento, a consciência *pode* realmente imaginar ser algo diferente da consciência da práxis existente, representar *realmente* algo sem representar algo real; [...] (MARX, ENGELS, 1986, pp. 44-45).

Marx e Engels (1986) estão, portanto, nos chamando a atenção para o fato de que nossa ação social e material sobre o mundo permite a emergência de uma representação mental dessa ação. Os significados, sentidos, finalidades e os resultados dessa ação passam do plano real para o plano da consciência.

A palavra práxis é usualmente associada ao termo “prática”. No entanto, os entendemos como conceitos diferentes. De acordo com o dicionário do pensamento marxista, práxis diz respeito à “atividade livre, universal, criativa e auto criativa, por meio da qual o homem cria (faz, produz) e transforma (conforma) seu mundo humano e histórico a si mesmo” (BOTTOMORE, 2001, p. 292).

Para alguns autores da atualidade, a práxis acaba assumindo conotações distintas. Netto (2011), em sua obra “Introdução ao estudo do método de Marx”, define a práxis como sendo uma das categorias que alicerça a chamada arquitetura da teoria de Marx. Para ele, ela se destaca das

demais categorias. Netto (2011) escreve que "é precisamente sobre a concepção do homem como um ser prático e social que repousa a ideia capital do trabalho como forma modelar de práxis".

Já Duarte (2009, p. 4), em um trabalho em que analisa a filosofia da práxis em Gramsci e Vigotski, afirma que

> [...] na língua alemã, a palavra Práxis, de origem grega, é a única palavra que corresponde ao substantivo "prática" na língua portuguesa. Embora exista em alemão o substantivo feminino Praktik, seu significado é o de método, técnica, procedimento, ou seja, um significado mais específico do que o de prática. Entretanto, o adjetivo com o mesmo significado que "prático" é praktisch. Por essa razão, penso que a melhor tradução para a palavra Praxisem Marx é simplesmente "prática". Ao contrário do que afirmam alguns marxistas, não me parece que Marx tenha criado ou utilizado uma categoria filosófica específica que seria representada pela palavra Práxis. A tão comentada categoria de práxis como categoria central do marxismo não existe na obra de Marx. **Não se trata de afirmar que a relação entre teoria e prática não fosse importante para Marx ou que a prática humana não fosse o ponto de partida de sua teoria**. O que estou afirmando é simplesmente que a palavra Práxis não tem no vocabulário de Marx esse significado filosófico especial. (Grifo nosso).

Compreendemos e consideramos importante o trabalho de recuperação etimológica feito por Duarte (2009), entretanto, a maioria dos teóricos marxista corroboram as afirmações de Netto (2011) e Cury (1985) apresentadas acima, inclusive os trabalhos clássicos desenvolvidos pelo marxista italiano Antonio Gramsci (1891-1937) e pelo marxista espanhol, que viveu no México, Adolfo Sánchez Vázquez (1915-2011). Esses dois importantes marxistas desenvolveram ricos trabalhos em torno da filosofia da práxis. É neles que vamos nos apoiar.

O próprio Gramsci (1999) evidencia em seus escritos a atribuição de um significado específico à palavra práxis. Ao explicar a unidade dos elementos constitutivos do marxismo, Gramsci (1999, pp. 236-237) esclarece:

> A unidade é dada pelo desenvolvimento dialético das contradições entre o homem e a matéria (natureza – forças materiais de produção). Na economia, o centro unitário é o valor, ou seja, a relação entre o trabalhador e as forças industriais de produção (...). **Na filosofia é a práxis, isto é, a relação entre a vontade humana (superestrutura) e a estrutura econômica**. Na política é a relação entre o Estado e a sociedade civil, isto é, intervenção do Estado (vontade centralizada) para educar o educador, o ambiente social em geral (grifo nosso).

Adolfo Sánchez Vázquez, em sua obra "Filosofia da Práxis", deixa claro que, embora os termos práxis e prática possam ser usados indistintamente, ele preferiu adotar o primeiro, de uso

mais restrito ao vocabulário filosófico, para evitar o "sentido estritamente utilitário e pejorativo" (VÁZQUEZ, 1977, p.4). Nesse sentido, o referido autor afirma: "Assim entendida, a práxis é a categoria central da filosofia que se concebe ela mesma não só como interpretação do mundo, mas também como guia de sua transformação. Tal filosofia não é outra senão o marxismo" (VÁZQUEZ, 1977, p. 5).

A relação entre a filosofia e a prática, no caso da filosofia da práxis, é uma relação **mediada** e, como assinalou Gramsci (1999), trata-se de uma mediação constituída por uma "cadeia de muitos anéis", reafirmando a natureza dialética de sua reflexão. É esse caráter mediado que faz da categoria da práxis uma categoria que suplanta tanto a compreensão pragmática e imediatista do mundo:

> Se é verdade que toda filosofia é uma "política" e que todo filósofo é essencialmente um homem político, tanto mais isso vale para o pragmatista, que constrói a filosofia "utilitariamente" num sentido imediato. [...] Se tomarmos o princípio pragmatista tal como é concebido por James – a saber, "o melhor método para discutir os diversos pontos de qualquer teoria é começar por colocar em relevo qual a diferença prática que resultaria do fato de que uma ou outra das alternativas fosse a verdadeira" [...] –, veremos qual é a imediaticidade do politicismo filosófico pragmatista. [...] Os pragmatistas, na melhor das hipóteses, contribuíram para criar o movimento do Rotary Club ou para justificar todos os movimentos conservadores e reacionários (Gramsci, 1999, p. 270-271).

Não se trata, porém, de se transcender a realidade resultante da totalidade da prática humana, mas de se transcenderem os estreitos limites da realidade imediata da vida cotidiana alienada. Sendo assim, "a filosofia da práxis continua a filosofia da imanência, mas depurando-a de todo o seu aparato metafísico e conduzindo-a ao terreno concreto da história" (Gramsci, 1999, p. 156).

Ao não distinguir a prática utilitária cotidiana e a prática social em sua totalidade, o pragmatismo não consegue elaborar uma teoria universal humana em sua riqueza subjetiva e objetiva, pois entende que a prática social é, pura simplesmente, a prática cotidiana. Ao contrário do pragmatismo, o marxismo desenvolveu uma teoria histórica e dialética da construção da riqueza material e intelectual do gênero humano. O exemplo dado por Gramsci (1999) é ilustrativo ao mostrar que, ao contrário do que poderia parecer, uma filosofia que busca uma ligação imediata com a prática produz, nesta, efeitos de alcance muito limitado e seu um significado político e ideológico é reacionário, isto é, contribui para a conservação da dinâmica da sociedade existente, ao invés de transformá-la.

A historicidade é o traço decisivo da filosofia da práxis em Gramsci (1999). A historicidade do gênero humano e da prática social humana é abordada por Gramsci como um longo processo de luta pela superação da fragmentação em direção à universalidade e à unidade do humano. É na totalidade da prática histórica dos seres humanos que o marxismo busca as respostas para as questões vitais da humanidade.

> Na história, a "igualdade real" (...) identifica-se no sistema de associações "privadas e públicas", "explícitas e implícitas", que se aninham no "Estado" e no sistema mundial político. (...) Desta forma, chega-se também à igualdade ou equação entre "filosofia e política", entre pensamento e ação, ou seja, a uma filosofia da práxis. (Gramsci, 1999, p. 244-246).

É no interior do movimento histórico de organizações sociais contraditórias, como é no capitalismo, que se faz necessário o desenvolvimento da filosofia da práxis, justamente porque nelas a realidade e a sua representação nem sempre coincidem:

> Todavia, se também a filosofia da práxis é uma expressão das contradições históricas – aliás, é sua expressão mais completa porque consciente –, isto significa que ela está também ligada à "necessidade" e não à "liberdade", a qual ainda não existe e ainda não pode existir historicamente. Assim, se se demonstra que as contradições desaparecerão, demonstra-se implicitamente que também desaparecerá, isto é, será superada, a filosofia da práxis: no reino da "liberdade", o pensamento e a ideia não mais poderão nascer no terreno das contradições e da necessidade de luta. Atualmente, o filósofo (da práxis) pode fazer apenas esta afirmação genérica, sem poder ir mais além; de fato, ele não pode se evadir do terreno atual das contradições, não pode afirmar, a não ser genericamente, um mundo sem contradições, sem com isso criar imediatamente uma utopia. (Gramsci, 1999, p. 204-205).

Segundo Coutinho (2011), Gramsci deu continuidade ao pensamento de Marx, defendendo a transformação da sociedade burguesa pela práxis. A transformação dessa sociedade se daria pela reflexão da classe trabalhadora em busca de alternativa para mudança, descortinando a ideologia implantada pela classe dominante e imposta ao senso comum. Nesse sentido, a filosofia da práxis em Gramsci reforça o papel da filosofia em Marx como atividade de intervenção no mundo.

A atividade política mediada pela relação social do trabalho na sociedade capitalista torna-se um meio para a transformação da realidade material dos homens como coletividade, enquanto busca de socialização das riquezas produzidas pelo trabalho. O trabalho que aqui nos referimos, não é o trabalho alienado imposto à classe trabalhadora, mas o trabalho enquanto práxis. Ou seja,

enquanto uma atividade consciente, transformadora e reflexiva. Este seria o caráter revolucionário da práxis nessa filosofia.

Dessa forma, o exercício da práxis revolucionária viabilizaria a necessária aproximação entre o universal e o particular, o objetivo e o subjetivo, o individual e o coletivo e, principalmente, entre a teoria e a prática (entre saber e fazer). Assim, a práxis permite a passagem da consciência ingênua, desorganizada e burguesa para uma consciência de caráter e rumos filosóficos. Quando operada por sujeitos que, no exercício da prática, refletem teoricamente para engendrar transformações, essa práxis é revolucionária. Quando operada por indivíduos alienados que reproduzem processos naturalizados socialmente, esta práxis é reacionária, ou seja, apenas legitimam o *status quo*.

O processo de mudança de uma sociedade mediada pela práxis revolucionária deve num primeiro plano reconhecer o momento histórico e as condições dadas para a sua realização. Dessa forma, a práxis revolucionária deve orientar nossas ações educativas, de modo a articulá-la a uma filosofia emancipatória e relacionada à complexidade da vida social.

Da mesma maneira, a práxis na perspectiva de Adolfo S. Vázquez só pode ser compreendida como atitude de transformação do mundo. A filosofia na condição de atividade de interpretação do mundo deve ultrapassar a barreira da contemplação do e no pensamento filosófico. A práxis como característica dessa nova filosofia está a serviço da superação da atividade filosófica desvinculada da realidade humana, da filosofia como instrumento de luta social e da relação dela com o conhecimento.

> A práxis é entendida como uma atividade prática humana, a um só tempo subjetivo e objetivo, ideal e real, espiritual e material, que desemboca na transformação prática, efetiva, do mundo do homem; portanto, trata-se de não apenas transformar sua consciência, mas também as relações e instituições sociais que condicionam sua consciência, sua subjetividade. (VÁZQUEZ, 2002, p. 70).

Nesse sentido, Adolfo S. Vázquez expõe tanto ao longo de sua obra “Filosofia e circunstâncias”, como também em “Filosofia da práxis” que seu pensamento filosófico: a) guarda relação com o conhecimento; b) é ideológico; c) pode ter compromisso com a transformação ou com a manutenção da realidade; d) cumpre uma função social na medida em que trata da relação do homem com a natureza e com eles mesmos.

Tanto em Gramsci, como em Vázquez a filosofia da práxis cumpre sua função de não apenas denunciar o caráter de classe no qual se assenta a sociedade capitalista, mas, sobretudo de

realizar a crítica se sua necessária transformação. Assim a filosofia se expressa também como atividade prática e teórica ao mesmo tempo, ou seja, do saber-fazer produzido e reproduzido no interior de uma dada sociedade.

Propomos um diálogo entre as teorias desenvolvidas pelos dois filósofos marxistas, pois entendemos que elas possuem um caráter de complementariedade para o desenvolvimento de uma metodologia de análise. Gramsci (1999) buscou mostrar que a práxis, no interior de uma dada sociedade, pode ser reacionária ou revolucionária. Para nós, Vázquez (1977) complementa essa reflexão e apresenta quatro diferentes níveis de práxis que poderão contribuir para a reprodução ou para a transformação social.

Estes níveis se diferenciam em conformidade com o grau de consciência do sujeito no curso da prática e com o grau de criação com que transforma a matéria, convertendo-a em produto de sua atividade prática. Com base nisso – grau de consciência e de criatividade –, distingue, de um lado, a práxis criadora e a reiterativa ou imitativa e, de outro, a práxis reflexiva e a espontânea (VÁZQUEZ, 1977).

Iniciemos com o que o autor denomina de práxis criadora. Segundo Vázquez (1977), esta práxis nos possibilita enfrentar novas necessidades ou situações, criando permanentemente novas soluções. Todavia, uma vez encontrada estas novas soluções não podemos imaginá-las como eternas. A própria vida, em seu caráter de transitoriedade, coloca em xeque tudo aquilo que nos parece, por vezes, permanente. Isso significa que entre os problemas e as suas soluções é preciso um diálogo constante. Assim, em nossa ação sobre o mundo, alternamos a criação com a permanência, pois a própria dinâmica da atividade humana faz conviver o ato criativo com o imitativo, criação com reiteração.

A "práxis criadora" supõe uma íntima relação entre as dimensões subjetivas e objetivas – entre aquilo que planejamos e realizamos. Criar significa imaginar e efetuar o pensado. Todavia esse processo é simultâneo, pois sendo indissociáveis, não se conhecem de antemão seus caminhos, seus resultados. Assim, o projeto e a sua realização sofrem mudanças, correções, ao longo de seu caminho. Trata-se, portanto, de um processo.

Já a "práxis reiterativa ou imitativa", ao contrário da práxis criadora, caracteriza-se exatamente por seu caráter de repetição. Nesse tipo de práxis, ocorre uma ruptura entre o "pensado" e o "realizado", entre o objetivo e o subjetivo. Essa ruptura se expressa pela repetição de um processo desencadeado pela práxis criadora, mas que agora é transposto, sem reflexão, para outra

situação. Portanto, a práxis reiterativa ou imitativa atua a partir de "modelos" que foram previamente construídos em outras situações diversas daquela que originaram sua criação. Nesse caso, fazer é repetir ou imitar. Nela, separa-se o planejamento da execução e a ação torna-se mecânica. Ela traz em si a possibilidade de generalização ou transposição de modelos, ou seja, de ampliar o já criado. Esse pode ser considerado um ponto positivo desse tipo de práxis. Contudo, essa mesma qualidade pode ser alienadora e impeditiva de ações criadoras, pois ela não produz mudanças qualitativas na realidade, não a transforma criativamente.

Segundo Vázquez (1977), toda atividade prática humana exige algum tipo de consciência. Entretanto, existe uma variação em nível de complexidade, qualidade e graus de consciência implicados na atividade prática. Por exemplo, na medida em que não há modelos desenvolvidos a priori, a práxis criadora exige um elevado grau de consciência com relação à atividade realizada. Isso quer dizer que é necessária uma capacidade maior de dialogar, problematizar, intervir, ponderar sobre uma dada ação. Na práxis reiterativa, ao contrário, revela-se um menor grau de consciência e ele quase desaparece quando a atividade assume um caráter mecânico.

Considerando o grau de consciência envolvido, os outros dois níveis de práxis mencionados por Vázquez (1977) são a "práxis espontânea" e a "práxis reflexiva". Ele não estabelece uma relação linear entre "práxis reflexiva e práxis criadora" em oposição à "práxis espontânea e práxis reiterativa". Ao contrário disso, o referido autor nega essa linearidade. De acordo com ele, pode existir consciência reflexiva em atividades mecânicas. Por exemplo, o trabalho desenvolvido por um operário em uma linha de produção pode ser mecânico e repetitivo, ou seja, é operacionalizado pela práxis reiterativa, porém, pode existir um grau de consciência elevado sobre todo o processo de trabalho e sobre as condições em que ele ocorre. Nesse caso, observa-se uma elevada "consciência reflexiva" em uma práxis reiterativa. Ou seja, uma elevada "consciência da práxis".

Já a "práxis espontânea" não implicará no uso de um elevado grau de consciência. Nela, o sujeito não extrai os elementos que possam proporcionar uma reflexão sobre a mesma. Por isso, a práxis espontânea não é transformadora, ao passo que a práxis reflexiva, por implicar uma "reflexão sobre a práxis", contém em si, as possibilidades de transformação.

Desenvolvemos toda essa reflexão em torno do conceito de práxis porque entendemos que a práxis em saúde é, antes de tudo, uma práxis social. Tanto os aspectos teóricos desenvolvidos em saúde – os quais desembocam na criação de conceitos, teorias e ideias –, quanto os aspectos

práticos, técnicos e assistenciais da intervenção podem reproduzir e legitimar uma determinada organização social e/ou podem questioná-la e enunciar um projeto revolucionário de sociedade.

Neste trabalho, nos interessa refletir sobre a práxis presente nos movimentos reformistas aqui em questão. Esse capítulo foi desenvolvido não só com a finalidade de expor o nosso ponto de vista teórico-metodológico, mas também, com a finalidade de evidenciar que, do nosso ponto de vista, os desafios e as limitações que ainda existem tanto no campo da Reforma Sanitária, quanto da Reforma Psiquiátrica, requerem um posicionamento consistente e claro acerca da práxis que tais movimentos defendem e desejam. Sem esta clareza, a criação de novos serviços de atenção à saúde, a promulgação de leis, diretrizes e portarias para reorientação dos serviços e a contratação de equipes multiprofissionais não serão suficientes para que uma transformação social efetiva se processe no campo da saúde.

A discussão sobre a práxis defendida e desejada pelos movimentos reformistas na área da saúde contribui para fortalecer a dimensão política da luta, pois a práxis, como acima exposto, é capaz de carregar em si o projeto da sociedade que se almeja construir e é capaz de operar na direção da transformação social e emancipação dos sujeitos. Entretanto, a práxis também pode ser reacionária e sustentar, legitimar e reproduzir o sistema de dominação, opressão e exploração do sofrimento humano. Portanto, refletir sobre a práxis que temos defendido é fundamental.

2.2. A produção de novas práxis no entrelaçar dos dois movimentos reformistas: a práxis psicossocial

Até este momento, temos buscado imprimir uma perspectiva histórica na compreensão dos fenômenos apresentados. Portanto, cremos que já deve estar claro que, para nós, o conceito de saúde é acima de tudo um conceito histórico. Ele reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural de uma sociedade, circunscrita em um tempo e em um espaço. Isso quer dizer que saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas e, tão pouco, que representa a mesma coisa por todos os tempos e gerações já existentes. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas.

O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. Aquilo que é considerado doença varia muito. O acometimento por “tipos” ou “estados de doença” acompanham a existência do homem nesse

tempo todo em que ele habita esta Terra. E foram as necessidades diferenciadas de homens doentes que criaram ações de tratamento e cura. "Estudos atuais de paleontologia verificaram que infecções, infestações, distúrbios de desenvolvimento e de metabolismo, neoplasias e traumatismos 'perseguiram' os seres humanos antes mesmo das primeiras grandes civilizações terem se desenvolvido" (LAKATOS e BRUTSCHER, 2000, p. 76).

No entanto, é necessário destacar que saúde e doença não são apenas "estados" ou condições estáveis, mas sim conceitos vitais, sujeitos a constantes avaliações e mudanças, tal como são constantes as mudanças que envolvem o viver do homem e a produção de sua existência. Esta concepção de saúde e de doença como conceitos históricos e transitórios tem proporcionado uma ampliação no campo teórico-prático das áreas de conhecimento que atuam sobre o processo saúde-doença.

Em um passado ainda recente a doença era frequentemente definida como "ausência de saúde", sendo a saúde definida como "ausência de doença" - definições que não eram nada esclarecedoras. A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, propôs a definição de saúde como "estado de bem estar físico, psíquico e social". Esta definição da OMS proporciou-nos um pequeno avanço ao trazer a compreensão de que saúde não é apenas a ausência de alguma enfermidade. Entretanto, ela vem sendo questionada por se tratar de uma definição que acaba por cristalizar as cisões entre saúde física e saúde psíquica, ou entre indivíduo e sociedade (SCLIAR, 2002) e por pressupor uma idealização de saúde como um estado de perfeito equilíbrio.

Dessa concepção deriva a ideia, de que para se ter saúde, é preciso dissipar a doença, alojada no indivíduo, por meio da utilização de procedimentos teórico-técnicos aplicados pelos profissionais da ciência devidamente habilitados para empreender uma ação curativa e/ou terapêutica, reestabelencendo o estado de equilíbrio do indivíduo.

No que diz respeito aos aspectos psicológicos, o conceito de "saúde mental" é também bastante recente. O que historicamente se destacou aos olhos da sociedade foi o acometimento pelas doenças, vistas como interrupção da existência. Assim, "Loucura", "alienação mental", "doença mental" e, atualmente "transtorno mental" são os termos que historicamente designaram e designam a doença tida como psiquiátrica/psicológica[25].

[25] Também se tem utilizado a denominação "sofrimento psíquico", em substituição a doença mental, distúrbio mental ou transtorno mental, para se designar outro modo de se entender o fenômeno da loucura.

Os movimentos reformistas referenciados neste trabalho têm contribuído largamente para uma inflexão nesse entendimento. Para as Reformas Sanitária e Psiquiátrica, a saúde, enquanto campo de atuação e enquanto conceito teórico, é vigorosamente complexa, plural, intersetorial, agregando grande transversalidade de saberes. Entretanto, apenas nas últimas décadas do século XX o conceito de saúde passou a ser compreendido dessa maneira mais ampla.

A partir disso, a concepção de "doença mental" passou a ser revisada. O sofrimento psíquico, independente de ser "comum", leve, moderado, grave, agudo ou persistente, tem sido entendido como um fenômeno complexo, no qual a experiência humana é concretamente constituída e, como tal é preciso situá-la na realidade social ampla, subsumida como lugar onde se produzem conflitos e contradições constitutivos tanto do sujeito como da situação particular em que se está inserido. Nessa perspectiva, a "doença mental" não seria um mero estado interno do indivíduo, mas sim uma vivência e um sofrimento histórica e socialmente determinado; uma decorrência de práticas sociais que conduzem esse indivíduo a um estado de "não adaptação", de perdas de sentido, a confusões, descentramentos, sentimento de impotência e vazio. Nesse estado de desadaptação, o "eu" é experimentado como coisa alheia e, consequentemente, produz dificuldades para o sujeito conduzir sua própria vida.

Portanto, não podemos compreender a produção de saúde-doença fora do contexto social, onde a vida humana se materializa e se produz. Foi na sociedade capitalista, quando as altas taxas de morbidade passaram a ameaçar o desenvolvimento das forças materiais de produção, que a preocupação com a doença física e mental passou a ser tratada e medicalizada, vindo se tornar preocupação das políticas públicas.

As modificações que se operaram na economia, no século XIX, em decorrência da Revolução Industrial e do aparecimento de novas formas de capitalismo, a princípio na Inglaterra e, em seguida, em outros países da Europa ocidental, determinaram profundas alterações no cenário social, revelando grandes contradições: crescimento e aglomeração populacional, maior mobilidade e trânsito de recursos materais e humanos, entretanto, mais rápida proliferação de doenças. Por não possuir uma estrutura sanitária adequada e apresentar condições insalubres de trabalho e de moradia, o novo espaço urbano industrial propiciava a disseminação de doenças em massa.

Preocupado em responder setorialmente às conseqüências sociais do desenvolvimento do capitalismo, os Estados ocidentais (cada um a seu modo e respeitadas as particularidades

contextuais) passaram a desenvolver políticas públicas por meio da criação de departamentos setoriais, tais como departamentos de saúde, educação, habitação. Em vista disso, surge primeiramente na Inglaterra, no século XIX, a moderna Saúde Pública (ROSEN, 1994). Suas preocupações voltavam-se para: organizar a vida em uma sociedade urbana e industrial, criar com novos meios de prevenção e de combate a proliferação da doença, desenvolver formas de proteção da saúde pública e evitar as condições insalubres de existência.

É nesse momento que podemos visualizar o encontro da ciência com o Estado. Segundo Luz (1982), é mais que isso, é nesse momento que é possível reconhecer que

> [...] a estrutura básica de produção do conhecimento que compõe o método científico, comum atualmente às mais diversas disciplinas – da área social ou "natural" – e cujo produto denominamos ciência, é parte histórica da constituição da ordem social das sociedades que nasceram com o capitalismo. A ciência é, portanto, parte do Estado, fruto histórico da necessidade de sua intervenção na vida social e sobre a vida de populações que precisam ser organizadas de acordo com a lógica das novas relações sociais (LUZ, 1982, pp.15-16).

Na medicina, esta ligação interna da constituição de saber científico com a atividade política é clara. Na nascente Saúde Pública, os discursos médicos sobre a saúde revelavam ser tanto modelos de conhecimento sobre a estrutura das doenças e suas causas, como propostas de intervenção saneadora e reorganizadora do espaço físico das cidades e da vida das populações. O discurso médico, expressão de um modelo específico de conhecimento, traduzia necessariamente uma proposta de intervenção médico-social.

Nesse contexto, a figura do médico começou a ganhar prestígio no mundo, pois, em grande parte do mundo ocidental capitalista, medidas de controle aos surtos e epidemias passaram a ser requisitadas. Portanto, essa preocupação inicial do capitalismo com o biológico, com o somático, com os problemas que afetam a vida orgânica das populações, cria as condições para a emergência da medicina social (NUNES, 2006).

A medicina, com seu discurso higienizador, assumiu papel de guia do Estado para os assuntos sanitários, comprometendo-se com a garantia da saúde individual e coletiva e, por extensão, como a defesa do projeto de modernização das nações. Pela mão da medicina social[26], as

[26] Uma compreensão mais ampliada sobre a temática higiene/medicina social pode ser encontrada em: Machado, R., Loureiro, A., Luz, R., & Muricy, K. (1978). *Danação da norma*: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal.

medidas de cunho higiênico foram adentrando não só na organização de novos espaços físicos e sociais, como também alimentando o ideário nacionalista. Ambos os casos constituem exemplos de como a preocupação com a higiene ultrapassou os limites dos simples hábitos de limpeza, transformando-se em concepção e ideário.

No Brasil, as cidades brasileiras passaram a sofrer um amplo projeto higienista e "civilizador". A cidade do Rio de Janeiro (capital do Brasil até 1960) foi uma das primeiras a passar por esse projeto (Basbaum,1976).

Voltando o nosso olhar para o estabelecimento das políticas públicas de saúde que se desenvolveram no Brasil no início do século XX, identificamos nelas as características da relação Estado-sociedade que se estabelecia naquele determinado momento. Antes de 1930, desenvolveu-se no Brasil um regime populista que, preocupado em desenvolver políticas sociais de saúde, criou um sistema previdenciário. O desenvolvimento de políticas públicas de saúde desse tipo ratifica a tendência histórica do Estado em responder setorialmente às consequências sociais do desenvolvimento do capitalismo, através da criação de departamentos setoriais, tais como departamentos de saúde, educação, habitação, lazer. Segundo Luz (1982), 05 eixos podem ser bem demarcados de sua estratégia de intervenção. A) Eixo da 'centralização': unificação e centralização institucionais por ocasião ao regionalismo e plurinstitucionalismo. Este eixo corresponde analogicamente à questão do centralismo-federalismo em relação ao Estado Nacional. B) Eixo da higienização da sociedade. C) Eixo da causação social da doença: a doença seria fruto de certos fatores biossociais, incluindo-se nesses fatores os hábitos alimentares, sexuais, morais, a raça, o estilo de vida, o crescimento urbano sem controle, o industrialismo, esses dois últimos fatores sendo produtores da pobreza. D) Eixo da atenção médica curativa como resposta institucional às condições estruturais de saúde na sociedade. E) Eixo do campanhismo: a concepção de que os problemas coletivos de saúde podem ser solucionados por intervenção institucional.

O resultado disso foi que ao final da década de 1970, as características do sistema de saúde existente no Brasil revelavam as duras marcas dessa relação Estado-sociedade que até então se estabelecera: a prática médica predominantemente curativa e especializada não era capaz de alterar o perfil de morbimortalidade, no qual persistiam doenças que poderiam ser facilmente evitadas com medidas simples de caráter preventivo; esse tipo de cuidado médico individualizado e curativo gerava altos custos que inviabilizavam a expansão da cobertura; não havia critérios para a compra de serviços aos hospitais privados, o que abria espaço para a ocorrência de muita fraude, corrupção

e enriquecimento indevido, às custas do Estado; ausência de coordenação e planejamento da rede prestadora de serviços; e alto gral de centralização e fragmentação da ação governamental, com reduzida eficácia.

As Reformas Sanitária e Psiquiátrica, no bojo da discussão sobre a relação entre o Estado e a sociedade, questionaram também a práxis em saúde que foi sendo desenvolvida a partir dessas organizações sociais anteriores. Elas, portanto, questionam a práxis reacionária, destituída de uma consciência reflexiva e que reproduziu, no interior da sociedade capitalista, um processo de medicalização da vida e a concepção de saúde como um bem de consumo. Questionam a práxis que legitima o Estado liberal e neoliberal de privatização da saúde. Questionam a práxis fragmentada oferecida a partir de uma visão organicista e mecanicista, centrada na doença. Questionam a práxis corporativista e voltada para a lucratividade, que reforça a disputa de interesses, a relação de dominação e a luta de classes no interior de nossa sociedade. Enfim, questionam todo o saber-fazer (práxis) em saúde que contribui para sustentar a sociedade capitalista, que se baseia na exploração do sofrimento humano, na divisão social do trabalho, no antagonismo de classes e na supremacia do capital sobre os aspectos humanos.

A práxis defendida pelas referidas reformas é, portanto, práxis transformadora e, como tal, tem um potencial revolucionário, no sentido empregado por Gramsci (1999). Esta práxis assenta-se sobre o saber-fazer construído no interior do campo polissêmico denominado de Saúde Coletiva. O campo da Saúde Coletiva constituiu-se a partir do trabalho teórico e político empreendido por docentes e pesquisadores de departamentos de instituições universitárias e de escolas de Saúde Pública da América Latina e do Brasil, ao longo do desenvolvimento da Reforma Sanitária.

A práxis em saúde coletiva entende o processo saúde-doença atrelado aos seus determinantes sociais. Esse tipo de práxis faz um esforço de superação da dicotomia entre o objetivo e o subjetivo dos modelos explicativos existentes na saúde, buscando entender que a saúde, física e mental, é produzida na sociedade e é influenciada pelas formas de organização da vida cotidiana (sociabilidade, afetividade, cultural, lazer, economia, política...).

> "Pensar saúde hoje passa então por pensar o indivíduo em sua organização da vida cotidiana, tal como esta se expressa não só através do trabalho, mas também do lazer – ou da ausência – por exemplo do afeto, da sexualidade, das relações com o meio ambiente. Uma concepção ampliada de saúde passaria então por pensar a recriação da vida sobre novas bases" (Vaistman, 1999, p. 172).

As ciências sociais em saúde no Brasil tiveram um intenso desenvolvimento a partir da década de 1970, revelando uma atitude questionadora do funcionalismo americano que reinou soberano como parâmetro de interpretação dos fenômenos até a metade dos anos de 1980. A produção das ciências sociais foi fundamental para a fixação de linhas de pesquisa, para a viabilização de projetos teóricos e para engajar pesquisadores, estudiosos, militantes políticos e profissionais dos serviços na construção de uma práxis em saúde coletiva. Em 1976, foi criado o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes). Em 1979, surgiu a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Foram criados os primeiros cursos de Pós-Graduação stricto sensu em Saúde Coletiva, por meio dos quais importantes dissertações e teses, que passaram a ser base nessa área[27], foram defendidas (MINAYO, 1999, p. 15).

Estes estudos se intensificaram no Brasil na década de 1970. Porém, seus precedentes podem ser identificados nos estudos que se desenvolveram ainda nos anos de 1950 e 1960. De acordo com Nunes (1999, p. 158, grifo nosso),

> É no ideário do projeto preventivista latino-americano, iniciado na segunda metade dos anos 50, que se discute a reforma do ensino médico. Data desse momento a ideia de incluir, no curso de graduação em medicina, disciplinas e temas associados à epidemiologia, ciências da conduta, administração de serviços de saúde, bioestatística. Procurava-se, dessa forma, ao criticar a biologização do ensino, calcado em práticas individuais e centradas no hospital, não somente introduzir novos conhecimentos, mas fornecer uma visão mais completa do indivíduo. Trata-se da **integração biopsicossocial, no plano do indivíduo**, e da **medicina integral**, numa apropriação da expressão *comprehensive medicine*, enfatizando a **medicina de família "integrada" no plano da comunidade**.

Estes acontecimentos que se desenvolveram no campo das ciências estão intimamente relacionados aos eventos históricos que expusemos no capítulo anterior. As consequências das crises econômicas do final dos anos de 1920 e 1930, o fim da Segunda Guerra Mundial, a política keynesiana, a criação da OMS, tudo isso corrobora para a ebulição desse ideário preventivista.

Uma das bases conceituais do movimento da medicina preventiva foi sistematizada no livro de "Medicina Preventiva" de Leavell e Clark (1976), cuja primeira edição data de 1958. Nessa obra, o conceito de prevenção é apresentado como "ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença" (LEAVELL e CLARCK, 1976, p. 17). Nela, os autores apresentam a ideia de que a prevenção

[27] Trabalhos como os de Donnangelo (1975), Arouca (1975) e Luz (1979) constituem bons exemplos.

poderia se dar em três níveis: primário, secundário e terciário. A prevenção primária é aquela realizada no período de pré-patogênese. O conceito de promoção da saúde aparece como um dos níveis da prevenção primária, definido como "medidas destinadas a desenvolver uma saúde ótima" (p. 17). Um segundo nível da prevenção primária seria a proteção específica "contra agentes patológicos ou pelo estabelecimento de barreiras contra os agentes do meio ambiente" (p. 17). A fase da prevenção secundária também se apresenta em dois níveis: o primeiro, relacionado ao diagnóstico e tratamento precoce e o segundo, à limitação da invalidez. Por fim, a prevenção terciária que diz respeito a ações de reabilitação.

Após essa sistematização, Gerald Caplan, na década de 1960, utilizou a perspectiva preventivista desenvolvida por Leavell e Clarck, em 1958 e aplicou no contexto da psiquiatria. Essa experiência resultou na publicação do livro "Princípios de Psiquiatria Preventiva", em 1964.

Gerald Caplan (1938-) é um psiquiatra e, na época da publicação do livro, era professor da Escola de Saúde Pública e Diretor do Programa de Saúde Mental Comunitária da Universidade de Harvard. O livro é fruto de suas experiências em ambulatórios psiquiátricos e hospitais gerais, bem como de sua participação em programas de Psiquiatria Comunitária e como consultor de programas comunitários de Saúde Pública e Mental em mais de dez países.

No entanto, apesar de tais obras datarem da metade do século XX, acreditamos que a interlocução entre medicina preventiva e psiquiatria é anterior a esse período.

Segundo Arouca (2003), a Medicina Preventiva emerge como um campo e como uma formação discursiva a partir de três vertentes: 1) a higiene, durante o século XIX, intimamente ligada ao processo de industrialização e urbanização provocado pelo desenvolvimento do capitalismo e da ideologia liberal; 2) a discussão dos custos da atenção médica a partir dos Estados Unidos, durante os anos de 1930 a 1940, devido aos efeitos da Grande Depressão que marcam o aparecimento do Estado interventor (keynesiano); 3) a redefinição, nos anos posteriores, das funções médicas a partir de discussões advindas da educação médica.

Certamente, essas concepções possibilitaram avanços no desenvolvimento das intervenções terapêuticas. No entanto, o ideário preventivista ainda aparece atrelado a uma concepção a-histórica e abstrata de doença e, consequentemente, prosseguiu trazendo alguns equívocos, como por exemplo, o fato de que as "doenças mentais" poderiam ser prevenidas. É daí que surgem as estratégias de trabalho de base comunitária, nos Estados Unidos, por exemplo, na qual as equipes

de saúde mental passaram a exercer um papel de consultores comunitários, identificando e intervindo em crises individuais, familiares e sociais (AMARANTE, 2007, p. 50).

Tanto a medicina, como a psiquiatria preventiva geraram programas de intervenção que deixaram de atuar somente no ambiente hospitalar ou na clínica e se voltaram para a comunidade. Ao fazê-lo, carregaram consigo uma limitação ideológica, como se a ciência e os profissionais adentrando na comunidade pudessem contribuir para erradicar os "males" da sociedade e prevenir os "males" mentais. No Brasil, a concepção preventivista guarda forte influência do movimento higienista, do qual a Liga Brasileira de Higiene Mental é uma representante. "Ao proporem ações de ordem social, os higienistas e eugenistas, nos legaram exemplares lições de como encaminhamentos visceralmente delineados pelo saber das ciências naturais, sem as necessárias mediações sociais, podem resultar em procedimentos tingidos de preconceitos, nada interessantes para a sociedade humana" (BOARINI, *online*).

Contudo, precisamos destacar que a década de 1960 representou um momento de muita efervescência no mundo. Naquele período, os Estados Unidos firmaram-se como líderes no bloco dos países capitalistas, tornando-se referência política, econômica, social, cultural e científica mundial. Nesse sentido, observou-se a radicalização entre os projetos do capitalismo e do socialismo. A consequência imediata disso foi a intensificação da chamada Guerra Fria, especialmente após a Revolução Cubana e a expansão dos ideais socialistas nos países que passaram a compor o bloco conhecido como Terceiro Mundo. A consolidação da liderança americana no cenário do capital internacional, associada ao acirramento do embate entre os dois projetos antagônicos, provocam a eclosão, desde aquela época, de diversos movimentos sociais, denominado contracultura[28].

Nesse cenário, aparece igualmente uma crítica radical à psiquiatria como um campo de saber e poder sobre as "doenças mentais". Em 1961, nos Estados Unidos, são publicados os livros *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*, de Thomas S. Szasz, e *Essay on the social situation of mental patients and others inmates*, de Erving Goffman. Na França,

[28] A contracultura é um movimento de contestação radical da ordem vigente instituída pela cultura ocidental que ocorre nos Estados Unidos, na Europa, em especial na França, e se estende para alguns países do Terceiro Mundo. A contracultura, embora congregue diversas lutas de grupos minoritários e de vários segmentos sociais (movimento *hippie*, negros, feminino, pacifismo, cultura *underground*, entre outros), faz críticas contundentes tanto ao capitalismo e imperialismo americano, quanto ao socialismo burocrático e às práticas convencionais dos partidos de esquerda. Enfim, a contracultura recusa a homogeneização produzida pelas visões e práticas totalizantes e, em decorrência, defende a diversidade política, as diferenças sociais e culturais e as relações de poder mais horizontais e libertárias (LUZIO, 2013, p. 492).

também em 1961, Michel Foucault publica *Historie de La Folie à l'Âge Classique.* Todos esses livros e demais obras desses autores são referências valiosas para a crítica do saber e poder médico psiquiátrico, inspirando os movimentos de luta para restaurar as liberdades civis dos pacientes (LUZIO, 2013).

Nessa mesma época, na Inglaterra, a Antipsiquiatria radicalizou o questionamento do saber e das práticas psiquiátricas no tratamento da loucura, em especial da esquizofrenia, bem como procurou desautorizar o saber e o poder psiquiátrico.

> Data desse momento a discussão de um modelo alternativo que deveria, em sua construção, considerar as relações entre o conceito de saúde e os modos de produção e as formações socioeconômicas; elaborar investigações históricas sobre as práticas de saúde e sobre o ensino médico; definir, do ponto de vista epistemológico, as relações entre as ciências biológicas e sociais. Data, portanto, dos anos 70, a ênfase na abordagem teórica precedente do materialismo histórico, que tem sido tomado como marca distintiva das ciências sociais em saúde na América Latina. [...] Trata-se de período de intensa inquietação teórica, não se esquecendo que, ao lado da corrente marxista, há a corrente estruturalista, por intermédio de Michel Foucault, Claude Lévi-Strauss, e muitas discussões voltam-se para o campo da psiquiatria, nos textos de Robert Castel, Robert Laing, David Cooper, Franco Basaglia (NUNES, 1999, p. 159).

Reconhecemos a importância de todos esses teóricos (acima citados) para o desenvolvimento das práxis reformistas. Porém, não faremos uma revisão de suas contribuições por dois motivos: primeiro, porque isso despenderia um trabalho semelhante ou maior que este que estamos empreendendo aqui; segundo, porque muitos pesquisadores já desenvolveram ótimos trabalhos dedicando-se a isso, Amarante (1995) é um exemplo.

A sistematização das críticas empreendidas por esses teóricos foi fundamental para o processo de apropriação da medicina comunitária e/ou preventiva no Brasil, pelo movimento sanitário e psiquiátrico, a partir do final dos anos de 1970. Tiveram implicações importantes no estabelecimento de estratégias de promoção da saúde, assistência social e atenção psicossocial no Brasil e em todo o mundo.

O modelo político keynesiano e a plataforma da medicina preventivo-comunitária, na medida em que foram sendo incorporadas no contexto brasileiro, não foram passando incólume às críticas. Primeiro porque, nos países latino-americanos e no Brasil, o cronograma dessa agenda sofreu atrasos significativos. "Do ponto de vista comparativo internacional, em relação aos países centrais, a dependência econômica estrutural e o ciclo das ditaduras militares implicou um atraso

de décadas nas possibilidades de expandir a luta pela implementação de políticas sociais de cunho keynesiano" (VASCONCELOS, 2009, p. 53). Em segundo lugar, quando as forças democrático-populares estavam ativadas na luta pela democratização e pela implementação de propostas desse caráter, internacionalmente, já se fechava o ciclo do crescimento keynesiano, com a ascensão das políticas neoliberais. Além disso, o campo de discussão da Saúde Coletiva já estava em expansão. Um dos pioneiros da medicina preventiva e social no Brasil afirma que:

> [...] alguns departamentos de Medicina Preventiva passaram a adotar, tendencialmente uma posição potencialmente mais inovadora, uma posição de crítica construtiva da realidade médico-social e da prática da medicina, fundamentada bem mais no modelo de medicina social do que no modelo original de Medicina Preventiva (SILVA, 1973, p. 93).

Essa foi a conjuntura da emergência das lutas pela democratização no Brasil. Elas criaram as bases para o desenvolvimento dos movimentos reformistas aqui em questão. Na Reforma Sanitária, experiências locais e regionais de saúde foram apropriando as propostas da medicina comunitária e desenvolvendo arranjos e programas que se tornaram referência para outros cantos do país. São bastante comentadas as experiências desenvolvidas em Paulínia e Campinas (SP), Montes Claros (MG) e Londrina (PR), iniciadas na década de 1970. A práxis, ou seja, o saber-fazer da Reforma Sanitária foi construído a partir de experiências do cotidiano, partindo de um referencial de saúde como um direito de todos os cidadãos, pressupondo a organização de serviços públicos cada vez mais resolutivos, integrais e humanizados, com plena participação popular em sua construção. Não podemos deixar de mencionar a importância dos movimentos sociais de base comunitária para o desenvolvimento de tais experiências:

> Muitos dos principais Movimentos Sociais da segunda metade dos anos setenta nasceram nas periferias das grandes cidades e das necessidades de sobrevivência cotidianas: transporte, moradia, saneamento básico, saúde. Temas que possibilitaram a criação de uma identificação e o reconhecimento de interesses coletivos comuns. Na conversa com os vizinhos, nas discussões no salão paroquial da igreja, em encontros espontâneos nos lugares públicos, foi sendo organizado um Movimento pautado em reivindicações vinculadas às condições de vida, especialmente, da vida urbana. Para Jacobi (1989) tais condições do cotidiano dos bairros e a organização coletiva possibilitaram o surgimento, na cena política, de novos sujeitos históricos, os quais foram se afirmando como essenciais interlocutores no processo de reconstrução da cidadania (YASUI, 2006, p. 23).

No campo específico da saúde mental, em 1978, médicos residentes do Centro Psiquiátrico Pedro II (atual Instituto Municipal Nise da Silveira), no Rio de Janeiro, denunciaram as péssimas condições de trabalho e assistências. Essas denúncias desencadearam uma demissão maciça de funcionários da saúde mental, o que passou a ser denominado de "a Crise da DINSAM". Em função dessa crise houve uma intensa mobilização dos trabalhadores, que se espalhando pelos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Minas Gerais e São Paulo, culminou no surgindo o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). Esse movimento incrementou as discussões em torno da necessidade de uma reforma na assistência psiquiátrica, configurando-se como um dos principais atores desse primeiro momento da Reforma Psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 1995).

Nesse primeiro momento, já foi possível perceber algumas de suas características marcantes, tais como a multiplicidade e a pluralidade de participantes, uma vez que se reuniam pessoas de várias categorias profissionais e não somente da saúde, mas também das instituições, entidades e movimentos com os quais atuava conjuntamente. O MTSM, naquela época, denunciou o sistema nacional de assistência psiquiátrica, repleto de corrupções, fraudes, violência e tortura, principalmente nos hospitais psiquiátricos, e o uso do mesmo pelo Regime Militar. Também criticava a cronificação produzida pelo manicômio, o uso do eletrochoque, bem como lutou por melhores condições de assistência à população e a humanização dos serviços de saúde.

Os mesmos princípios que passaram a nortear o SUS, defendidos pela práxis da Saúde Coletiva antes mesmo de sua criação, possibilitaram o desenvolvimento de experiências inovadoras no contexto específico da saúde mental, ainda na década de 1980. As experiências desenvolvidas na cidade de Santos e de São Paulo, com a criação dos primeiros Núcleos/Centros de Atenção Psicossociais (NAPS/CAPS) são geralmente as lembradas[29]. Não por obra do acaso, mas por questões histórico-estruturais, a implementação dos NAPS, com o passar do tempo, perdeu força, permanecendo os "Centros de Atenção Psicossocial" como dispositivos propostos para contribuir com o desmonte da lógica asilar psiquiátrica, no Brasil. Estes serviços, além de abertos, preconizavam os princípios de descentralização e territorialização, de modo que os usuários

[29] Segundo Luzio e Yasui (2010), existiam diferenças ideológico-institucionais entre os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que a associação dos dois dispoitivos realizada na Portaria nº 224 contribuiu para apagar. Fonte: LUZIO, C. A.; YASUI, S. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. **Psicologia em estudo.** 2010, vol.15, n.1, pp. 17-26.

possam se manter, ao máximo, próximos de suas moradias. Por meio da Reforma Psiquiátrica, no campo da Saúde Mental Coletiva, estas experiências foram se multiplicando e vimos operar a práxis que passou a ser denominada "Atenção Psicossocial".

No capítulo anterior já realizamos uma breve recuperação histórica mais aprofundada do desenvolvimento desse campo, a partir das experiências iniciais até a configuração que hoje nele se apresenta, porque muitos outros trabalhos já foram desenvolvidos nessa direção. Estamos nos apoiando neles para apresentar e focalizar a práxis defendida e desejada pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, que acabou se configurando no que hoje conhecemos por Atenção Psicossocial.

A Atenção Psicossocial é atualmente diretriz legal para organização da política pública de saúde mental no Brasil. As intervenções no nível do sofrimento psíquico devem ser realizadas por uma equipe multiprofissional no próprio meio social, buscando promover condições para uma existência mais favorável à pessoa que busca assistência, preservando, o quanto possível, os laços de pertencimento social aos sujeitos dessas intervenções.

Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003) fazem uma recuperação etimológica e histórica do conceito "Atenção Psicossocial". Nesse texto, os autores tratam também dos descritores conceituais que, ao longo da história da Reforma Psiquiátrica, acompanharam o termo "Psicossocial", realizando também uma revisão dos termos "Reabilitação", "Apoio" e "Atenção". Segundo eles, o termo "Atenção Psicossocial" apresenta uma amplitude maior que os outros dois termos:

> [...] o conceito de Atenção Psicossocial, considerando a diversidade de suas práticas e a tônica imprimida à sua ética, apresenta-se com potencialidade de incluir, além de seu próprio sentido, o dos demais conceitos (Apoio Psicossocial e Reabilitação Psicossocial) que atualmente circulam no campo, porém sem desconsiderar certos aspectos que definem a especificidade deles. Em outros termos, parece-nos que a Atenção Psicossocial é capaz de superar o Apoio Psicossocial e a Reabilitação Psicossocial, porém conservando-os (COSTA-ROSA, LUZIO e YASUI, 2003, p. 23).

Segundo Vasconcelos (2009), as abordagens psicossociais constituem-se como um campo plural, multidimensional, inter-transdisciplinar, complexo e aberto para contínua produção e novas

incorporações. Trata-se de um campo aplicado[30] que se constitui na interseção de fenômenos psicológicos, sociais, biológicos, culturais e político-econômicos. As abordagens psicossociais reúnem conhecimentos de um conjunto de ciências reconhecidas como básicas, tais como psicologia, biologia, história, sociologia, filosofia, etc., bem como de outros campos considerados aplicados, como o serviço social, a saúde coletiva, as ciências do ambiente, etc.

A práxis, ou seja, o saber-fazer da Reforma Psiquiátrica se expressa por meio do modelo da Atenção Psicossocial. Está fundamentada na ruptura com o modelo liberal-privatista da clínica psiquiátrica/psicológica ou clínica das especialidades, calcada no paradigma doença-cura e no tratamento do usuário como objeto manipulável, principalmente, pelas ferramentas da internação, medicalização e voltado apenas para a supressão de sintomas e adaptação do indivíduo à realidade. Por consequência, ela pretende ser integral, territorializada, inter e transdisciplinar, voltada para o sujeito e sua realidade sociocultural, centrada na interlocução e no livre-trânsito do usuário em seu território, buscando a sua singularização e, consequentemente, a produção e usufruto de todos os bens da produção social.

O tratamento não é mais compreendido como uma busca por solução-cura ou por "normalidade". A cura não significa ausência de danos no ser humano, mas a possibilidade de se construir caminhos para se continuar vivendo, apesar deles. Não se busca a cura como sinônimo de vida produtiva, mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização dos espaços coletivos de convivência ampla. A solidariedade e a afetividade, juntamente com a comunidade, tornam-se momentos e objetivos centrais da ação terapêutica.

A terapêutica é concebida, portanto, como resultado de um cuidado que se estabelece por meio de uma relação horizontal entre sujeitos (profissionais e usuários), na qual há lugar para um saber compartilhado entre ambos e para a responsabilização de ambos sobre a produção coletiva da saúde. Mediante ao princípio da integralidade, os serviços criados para desenvolver as intervenções terapêuticas nesses moldes precisam operar em rede e de modo intersetorial.

Entendemos que a gestão dos serviços criados nesse campo não está dissociada da atenção, ou seja, todos os atores que fazem parte desse campo (profissionais, usuários, familiares e gestores) podem e devem participar da gestão. Dessa maneira, podemos também romper com a lógica de

[30] Segundo Vasconcelos (2009), o que caracteriza um campo aplicado é o fato de que, nesse campo, não há um espaço teórico e epistemológico próprio dentro do conjunto das ciências reconhecidas como básicas, como seriam a psicologia, a biologia, a história, a sociologia, a filosofia, etc., mas um atravessamento entre elas no desenvolvimento de intervenções na sociedade.

fragmentação entre aqueles que gerenciam (pensam) os serviços e aqueles que trabalham (executam) no serviço. A lógica taylorista que fez e ainda faz parte do modo como os serviços de saúde se constituíram no Brasil (e no mundo) precisa ser superada para que possamos ter algum sucesso na superação da fragmentação das práticas e do especialismo.

Portanto, o ato de cuidado compõe um conjunto de estratégias, cuja "ênfase não é mais colocada no processo cura, mas no projeto de invenção de saúde e de reprodução social do paciente" (ROTELLI *et al*., 1990 p. 31), o qual é reconhecido como um cidadão de direitos e participante ativo da construção do cuidado.

A Carta de Ottawa (1986), documento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) expressa claramente essa mudança de foco: da doença para a saúde. Este documento apresenta o conceito de promoção da saúde como: "um processo de capacitação dos indivíduos e coletividades para identificar os fatores e condições determinantes da saúde e exercer controle sobre eles, de modo a garantir a melhoria das condições de vida e saúde da população" (BRASIL, 2001, p. s/p).

Vejamos que os ideários, as concepções de processo saúde-doença e as propostas das práxis transformadoras foram sendo, de algum modo, incorporadas no corpo jurídico-institucional e traduzidas em documentos, tais como a Carta de Otawa, a Constituição de 1988, a Declaração de Caracas de 1990 (já mencionada), dentre outros documentos nacionais e internacionais. Ao longo das décadas de 1980 e 1990, a participação de integrantes dos movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica nos espaços públicos de poder e de tomada de decisão contribuiu para a conquista gradual da hegemonia política nos campos da Saúde e Saúde Mental. Mas, como tudo, esse processo tem as suas contradições: trata-se um período marcado pela institucionalização dos movimentos, no qual, por um lado, as lideranças buscam ocupar espaços de decisão e de outro, os movimentos tornam-se tática do Estado que passa absorver o pensamento e as lideranças críticas em seu interior, seja para alcançar legitimidade ou para reduzir os protestos e denúncias. Com isso, as mudanças e avanços já alcançados em termos jurídicos-institucionais pouco ou lentamente reverberam na vida e no cotidiano do trabalho em saúde.

Podemos, então, afirmar que "não haverá desinstitucionalização do doente mental se não houver redefinição da institucionalidade que submete a todos nós" (DAÚD JÚNIOR, 2000, p. 33). Nesse sentido, a superação dos manicômios não pode ser apenas uma luta dos profissionais da área de saúde mental ou de portadores de algum tipo de sofrimento mental, mas um fenômeno complexo

e atual que coloca os princípios e propostas de Luta Antimanicomial na vanguarda das lutas por transformações sociais profundas. Nestes termos, falar de saúde mental é falar de saúde coletiva e de saúde integral. É falar de qualidade de vida e de promoção da saúde; trata-se de questionar não apenas a existência de hospitais psiquiátricos ou a criação de dispositivos substitutivos aos hospitais, mas de buscar a superação de uma cultura manicomial, marcada pela fragmentação de ações ditas "especializadas", pela expropriação do sujeito de sua condição de existência, pela segregação do diferente. É questionar uma cultura que, assentando-se na desigualdade de classes, é instrumentalizada por interesses de produção meramente lucrativos de exploração econômica do sofrimento humano.

A criação do SUS e da RAPS tem permitido a construção de uma rede de dispositivos de assistência à saúde mental na Saúde Pública. As Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde atuam Equipes de Saúde da Família (ESF), configuram-se atualmente como "porta de entrada" para o desenvolvimento da atenção à saúde da população. Já problematizamos no final do capítulo anterior os desafios ainda colocados para a efetivação do cuidado em saúde mental na Atenção Básica.

Esses desafios podem ser compreendidos quando percebemos que a práxis que predomina nesses dispositivos estão distantes das práxis defendidas pelos movimentos reformistas. Costa-Rosa (2000) apresenta um quadro que resume bem a realidade das práxis que temos atulamente. Esta práxis revela a disparidade entre o grau de desenvolvimento teórico e o grau de desenvolvimento da força de trabalho que atua no campo das políticas públicas. Segundo esse autor, há: 1) uma apropriação de conceitos tais como "desinstitucionalização" e "promoção da saúde" por discursos político-ideológicos, como se as expressões práticas desses conceitos se referissem apenas a existência de equipes multiprofissionais que, ao invés de atenderem a população em consultórios, atende em domicílio, mantendo a prática de medicalização, fragmentação do serviço, bem como a subordinação e dependência dos "pacientes" às verdades científicas; 2) um descaso no setor da saúde, implicando em salários baixos e profissionais em quantidade insuficiente para atender a demanda populacional; 3) uma falta de real questionamento acerca da prática médica a-histórica e descontextualizada e sua relação com a prática dos demais profissionais componentes das equipes multidisciplinares; e 4) uma falta de definição de contornos nas novas disciplinas enquanto áreas técnicas e de conhecimento que passaram a intervir sobre as "questões sociais" e "não problematizaram suficientemente sua ética".

De tudo isso, surge a necessidade de repensarmos e recuperarmos a práxis que vem sendo produzidas no interior do SUS e RAPS, para não perdermos de vista a dimensão política e ideológica outrora colocados pelos movimentos reformistas.

A passagem do conceito de doença para o de saúde, não significa negação do primeiro, ou seja, a negação de que exista algo que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar. Significa a recusa à explicação biomédica; a recusa do viés biologicista para explicação do sofrimento psíquico; a ruptura epistemológica com o saber naturalístico da psiquiatria e da psicologia; e a crítica aos processos de medicalização da vida.

Nesse sentido, percebemos a necessidade de reorientação na formação dos profissionais que atuam em saúde como um todo, não só no âmbito da saúde mental. Precisamos de uma formação que contribua para a compreensão sócio histórica do processo saúde-doença, para que os profissionais de saúde sejam capazes de construir práxis mais contextualizadas e produtoras de trocas nos meios onde a vida humana se processa, ou seja, em todos os lugares. Profissionais que, entendendo a historicidade e transitoriedade humana, estejam sempre repensando suas ações. Que tenham claro que as contradições fazem parte dessa história e não só isso, mas que estas mesmas contradições, que tão ferrenhamente tentamos silenciar, impõem movimento à nossa história humana. É quando temos consciência das contradições que nos pomos à luta por sua superação em um processo de constante *devir*.

Defendemos uma formação que coloque o futuro profissional em contato com a comunidade, que vivencie as contradições antes mesmo de estar formado e que ativamente construa sua práxis no lugar onde a existência se expressa, surpreendendo-nos duplamente: maravilhando-se e assombrando-se. Defendemos, sobretudo, uma fomação que permita o manejo da nossa implicação no campo.

Diante disso, entendemos que a formação não deve estar voltada meramente para o ensino de métodos ou técnicas a serem aplicados neste ou naquele contexto, mas para a necessidade de superar a concepção a-histórica e descontextualizada do processo saúde-doença e das questões sociais. É claro que a aprendizagem de métodos e técnicas devem continuar tendo o seu lugar na formação. No entanto, não podem ser o foco, caso contrário, a visão profissional tenderá a sempre tentar enquadrar a existência humana em sua técnica de saber/fazer. Cremos que este tipo de formação contribui para que reconheçamos que a práxis em saúde (tal qual qualquer outra práxis

específica) é, antes de tudo, uma práxis social. A clareza acerca da práxis que defendemos e desejamos ajuda a nos mantermos na luta política, pensando e repensando o nosso saber-fazer.

A práxis que foi sendo desenvolvida e se expresa tanto no modelo da Saúde Coletiva, como no modelo da Atenção Psicossocial são práxis comprometidas: 1) com a revisão histórica e social da concepção de saúde-doença; 2) com o entendimento de que a intervenção em saúde se faz no estabelecimento de uma relação entre sujeitos históricos, capazes de transformar a si mesmos e o mundo; 3) com o resgate da cidadania dos usuários do SUS e com a premissa da saúde como um direito e dever do Estado; 4) com a concepção de terapêutica como cuidado integral, produzido horizontalmente e coletivamente por meio da relação entre os sujeitos (profissionais e usuários) que compartilham seus saberes e se responsabilizam conjuntamente pela produção da saúde; 5) com a compreensão de que gestão e atenção, nos serviços de saúde, são dois âmbitos indissociáveis; e 6) com a superação da fragmentação dos serviços e da lógica do especialismo, rumo a consolidação de redes de serviços que operam territorialmente e intersetorialmente.

Para fins de sistematização, daqui por diante, iremos denominar o tipo de práxis com esses compromissos de **práxis psicossocial**. Cremos que o termo resume o tipo de práxis defendida pelos dois modelos de reorientação da atenção à saúde enfocados.

Consideramos que o termo psicossocial vai além de uma especificação usada para caracterizar fenômenos que são, ao mesmo tempo, psíquicos e sociais. Vimos que o termo psicossocial, quando referido às políticas públicas de saúde mental, aspira justamente à inclusão de aspectos psicológicos, biológicos, sociais, políticos, econômicos, culturais, ambientais, como componentes do sentido amplo que procura articular.

3. O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: origens, antecedentes históricos, contexto, controvérsias e possibilidades

"Obcecado pelas árvores não consegue ver o bosque".
Friedrich Engels

Neste capítulo, nosso interesse é apresentar o NASF e compreender os elementos, conceitos e demais dispositivos com os quais ele estabelece direta relação. Isso quer dizer que, para além de visualizar a árvore (o NASF), queremos visualizar o bosque (as Redes de Atenção à Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família, entre outros).

O NASF **não** se constitui como "porta de entrada" do sistema de saúde, mas devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as Equipes de Saúde da Família (ESF). O NASF compartilha a responsabilidade do cuidado com as ESFs, buscando a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência. Com o apoio das diferentes especialidades que integram o NASF, as ESFs podem ampliar o processo de acompanhamento do cuidado no SUS. Retomando o que já mencionamos no primeiro capítulo, é nesse sentido que o NASF deve buscar instituir a integralidade do cuidado em saúde, por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das ESFs, no escopo da Atenção Básica (Brasil, 2008).

O NASF deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à Atenção Básica, tais como: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização.

Por esses poucos parágrafos que desenvolvemos já nos é possível demonstrar que NASF não existe isoladamente. Ele só existe porque antes dele estruturou-se a Estratégia Saúde da Família e esta, por sua vez, só existe porque antes dela foram estruturados outros pontos estratégicos de mudança: as Unidades Básicas de Saúde (UBS), a Atenção Básica à Saúde (ABS ou simplesmente AB), o SUS, a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica, para não irmos tão longe nessa história. Acreditamos que o NASF nada mais é do que ressonância e institucionalização de outros aparatos institucionais e conceituais que o antecederam.

Sendo assim, para entender a proposta do NASF precisamos retroceder aos seus antecedentes históricos e compreender as mudanças realizadas na estruturação da Atenção Básica (AB) no Brasil, às quais permitiram a emergência desses novos dispositivos, que buscam operar segundo a lógica da universalidade do acesso, da atenção integral à saúde, da territorialização dos serviços e da intersetorialidade. Esta lógica só é possível por meio da consolidação de redes de serviços.

3.1. Redes de Atenção à Saúde no Brasil: a centralidade da Atenção Básica

A atual estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) tem suas bases históricas de constituição em um processo amplo de rediscussão da assistência à saúde no país e no mundo. A utilização desta terminologia (Rede de Atenção à Saúde) pelo Ministério da Saúde (MS) é recente (BRASIL, 2010), mas a concepção de que o trabalho em saúde deve ser organizado em rede já veio amadurecendo ao longo do século XX e continua no século XXI. De acordo com Mendes (2007, p. 4):

> Shortell et al. (1966) constituem um grupo pioneiro sobre redes de atenção à saúde nos Estados Unidos. Segundo eles, os sistemas integrados de prestação de serviços de saúde caracterizam-se por: foco nas necessidades de saúde da população; coordenação e integração do cuidado através de um *continuum*; sistemas de informação que ligam consumidores, prestadores e pagadores de serviços através do *continuum* de cuidados; informação sobre custos, qualidade e satisfação dos usuários; uso de incentivos financeiros e estruturas organizacionais para alinhar governança, gestores, profissionais de saúde para alcançarem objetivos; e contínua melhoria dos serviços prestados.

Mendes (2007, p. 4) define os sistemas organizados de prestação de serviços de saúde em redes como "organizações que prestam um *continuum* de serviços a uma população definida e que se responsabilizam pelos resultados clínicos, financeiros e sanitários relativos à população a que servem".

A portaria brasileira que estabelece a organização dos serviços de saúde em redes é a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Esta portaria define as RAS como:

> [...] estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a **atenção básica** estruturada como

> primeiro ponto de atenção e **principal porta de entrada do sistema**, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde (BRASIL, 2012b, p. 25, grifo nosso).

Vejamos que as RAS caracterizam-se pela formação de relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção e estabelece com o centro de comunicação a Atenção Básica (AB), por ser entendida como principal "porta de entrada" do sistema, pela centralidade de suas ações no alcance das necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários, econômicos e sociais.

O objetivo das RAS é "promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica" (Brasil, 2010, anexo, s/p). Para atingir esses objetivos três âmbitos de atenção são focalizadas: cuidados básicos/primários, atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) e cuidados de urgência e emergência.

O MS entende a implementação das RAS como uma maneira de aumentar a eficácia na produção de saúde, melhorar a eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional e contribuir para o avanço do processo de efetivação do SUS. Ainda reforça que a transição para esse ideário de um sistema integrado de saúde conformado em redes e a sua concretização necessitam de um trabalho intenso de construção permanente nos territórios, pois é o território que permite conhecer o real valor de uma proposta de inovação como essa (BRASIL, 2013).

No Brasil, o debate em torno da busca por maior integração dos serviços visando garantir o avanço e a sustentabilidade do SUS recebeu "novo fôlego" a partir do documento denominado Pacto pela Saúde (Brasil, 2006a). Trata-se de um acordo firmado entre os gestores do SUS, que ressalta: a necessidade de aprofundar o processo de regionalização dos serviços e a necessidade de organização do sistema de saúde sob a forma de rede; ambos como estratégias essenciais para consolidar os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade. Esse pacto foi firmado em três dimensões: a) Pacto Pela Vida: compromisso com as prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira; b) Pacto em Defesa do SUS: compromisso com a consolidação os fundamentos políticos e princípios constitucionais do SUS; c) Pacto de Gestão: compromisso com os princípios e diretrizes para a descentralização, regionalização, financiamento,

planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social, gestão do trabalho e educação em saúde. O documento também explicita as responsabilidades de cada esfera de governo (federal, estadual e municipal) e pactua metas para a gestão de um conjunto de políticas.

O anexo da portaria que estabelece as RAS (Brasil, 2010), reconhece que em sintonia com o Pacto de Saúde, em 2006 (mesmo ano em que o pacto fora firmado) também houve a aprovação e publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e da Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS). A primeira delas foi posteriormente revista e ampliada em 2011, porém ambas já apontavam para a configuração de um modelo de atenção que busca responder as condições crônicas e agudas de saúde, promover ações de vigilância e de promoção, efetivando a Atenção Básica como eixo estruturante do trabalho em rede no SUS.

A Atenção Básica (AB) e/ou Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa um lugar fundamental na reorientação do sistema de serviços de saúde brasileiro, sendo reconhecida como espaço tático-operacional e como oportunidade de experimentação de modelos assistenciais alternativos congruentes com as necessidades de saúde e com o perfil epidemiológico da população. As terminologias "Atenção Básica" e "Atenção Primária à Saúde" são algumas vezes utilizadas como sinônimos nos documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS): "A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos "Atenção Básica" e "Atenção Primária à Saúde", nas atuais concepções, como termos equivalentes" (BRASIL, 2012b, p. 22). Em primeiro momento, importa destacar que estas terminologias **não** estão associadas a uma forma primitiva, empírica e elementar de atenção, como um cuidado de segunda ou terceira categoria para os pobres, ou como uma atenção que não incorpora os avanços do desenvolvimento científico. Ela também não significa uma ação exclusiva dos serviços de saúde ou de algumas instituições desse setor, nem é um programa independente e paralelo às demais atividades de saúde. Além disso, não se reduz à utilização de pessoal não profissional ou a utilizar-se de membros da comunidade treinados para prestar algum tipo de atenção (TEJADA DE RIVERO, 1992).

Neste trabalho, optamos por utilizar a terminologia Atenção Básica (AB) no título e sempre que possível no decorrer do texto não só por uma finalidade de uniformização[31], mas também pelo fato de que entendemos que essa terminologia singulariza o projeto brasileiro de construção dessa

[31] Essa uniformização do uso terminologia não foi totalmente possível porque, ao citarmos os documentos/textos oficiais e acadêmico-científicos que tratam dessa política, mantivemos a terminologia originalmente empregada no documento/texto. Sendo assim, em muitos momentos ainda poderá se perceber o uso variado da terminologia "Atenção Básica" e "Atenção Primária à Saúde".

política. Esta questão terminológica, de tempos em tempos, instiga debates acadêmicos e profissionais (CANTILLANO, 1983; GIL, 2006; RIBEIRO, 2002). Na concepção de Mendes (2005, p.2):

> No Brasil, inventou-se algo sem similar na literatura internacional: a atenção primária se denomina aqui de atenção básica, o que, para mim, reforça essa concepção de algo simples que pode ser banalizado. Em função dessa visão ideológica da atenção primária à saúde, interpreta-se primário como primitivo; ao contrário, o significante primário quer referir-se ao 'complexíssimo' princípio da APS, o do primeiro contato.

Embora respeitemos a opinião de Mendes (2005) e embora também reconheçamos que a política de AB no Brasil seja fortemente influenciada pelas propostas internacionalmente conhecidas como Atenção Primária à Saúde, nós preferimos a terminologia Atenção Básica. Fazemos isso nos apoiando na afirmação feita por "... um professor[32] de destaque no movimento da reforma sanitária que, informalmente, visualizara essa escolha como um **posicionamento ativo em se negar a denominação utilizada pelas agências internacionais**, como o Banco Mundial, em suas políticas para a área de saúde" (MELLO, FONTANELLA e PIVA, 2009, pp. 209-210, grifo nosso).

Exploraremos essa questão da presença das agências internacionais na discussão da saúde um pouco mais adiante. Por enquanto, queremos deixar claro que entendemos Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária. Para o planejamento e desenvolvimento dessas ações, busca considerar a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações, desenvolvendo-se com elevado grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas.

Abrange a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde, nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, contribuindo para a construção da autonomia das pessoas. É operacionalizada sob a forma de trabalho em equipe buscando a não dissociação entre as práticas de cuidado e a gestão das mesmas, por meio do incentivo a participação democrática. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e

[32] Mello, Fontanella e Piva (2009), não apresentam nominalmente o referido professor. Apesar do anonimato, concordamos com o posicionamento expresso por ele.

necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade e resiliência. Procura desenvolver-se com base no imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012b).

As ações e programas de AB, nessa perspectiva, deverão levar em consideração os problemas e necessidades de saúde dos conjuntos sociais que vivem em espaços geográficos delimitados, buscando reconhecê-lo por meio do uso de conhecimentos e recursos institucionais e comunitários de tal modo que seja possível definir prioridades, considerar alternativas reais de ação e alocar recursos, em busca da resolutividade dos problemas levantados.

A estruturação da AB implica, portanto, em analisar o **território vivo**:

> [...] onde se expressam interesses, divisão do trabalho, localização de capitais, movimentos sociais, residências de pessoas, lazer, cultura e poderes diversos. E o caráter estratégico da gestão da saúde no nível local procura levar em conta a ação humana, enquanto trabalho e política, voltada para o êxito, mas também a ação comunicativa, orientada para o entendimento e para a intersubjetividade (PAIM, 2003, p.187).

De acordo com a PNAB (BRASIL, 2012b), a Unidade Básica de Saúde (UBS) é um serviço infraestruturalmente organizado para o desenvolvimento de ações e programas da Atenção Básica. Ou seja, o desenvolvimento de ações e programas de AB requer a existência de um local apropriado para alocar as equipes de saúde e todos os materiais, utensílios, instrumentos, ferramentas, enfim, todos os recursos materiais e humanos para o desenvolvimento do cuidado e da assistência no nível primário de atenção à saúde. Além disso, as UBSs devem ser instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, pois estes dispositivos "desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade" (BRASIL, 2012b, p. 11).

A experiência de investigação do campo realizada por esta pesquisa nos permitiu ter contato com 03 (três) das 29 (vinte e nove) UBSs do município de Maringá. A estruturação da RAS maringaense[33] em torno de equipamentos como as Unidades Básica de Saúde nos permitiu perceber a realidade material do processo, ainda em curso, de reorientação do modelo de saúde no país. Na realidade concreta das ações em saúde, a UBS configura-se como "porta de entrada" para as mais diversas ações, estando à disposição das demandas de saúde de cada um de seus territórios adstritos.

[33] No capítulo 4, faremos a exposição da configuração da RAS de Maringá (PR).

Isso nos permitiu fazer o trocadilho do subtítulo a seguir, ou seja, a porta da casa está para serventia da rua.

É fato também que a realidade concreta desses dispositivos distribuídos pelo Brasil é múltipla e complexa. Em alguns lugares e momentos, é possível perceber a concretização dessa mudança e a real operacionalização desse dispositivo como "porta de entrada". Em outros momentos e lugares, a existência e a materialidade das ações em tais dispositivos falha em sua intenção de ser "porta de entrada", revelando seus limites no alcance e na prestação de serviço às mais variadas demandas. Nesses momentos, "a porta da rua, acaba sendo a serventia da casa", tal como diz o ditado, contrariando assim, o que, na verdade, o dispositivo se propõe a fazer.

Para os leitores acostumados com essas discussões, fazer alusão à UBS como "porta de entrada" é comum e dispensa maiores esclarecimentos. No entanto, entendemos que a revisão conceitual e esclarecimentos teóricos tornam-se importantes para que a perspectiva da qual falamos fique mais explícita.

3.2. Unidade Básica de Saúde: a porta da casa como serventia da rua

A UBS tal como a conhecemos atualmente tem uma "história recente e um passado remoto", como já disse Nunes (2006) acerca de todo o campo da Saúde Coletiva. Nos nossos dias, existe um modelo orientador para a criação e operacionalização das mesmas (BRASIL, 2006b). Mas, o modo como elas se concretizam no interior dos municípios e comunidades brasileiras pode ser bastante variado. Até mesmo o modo como elas são nominadas é bastante diversificado[34] e expressam experiências diferentes. Essa situação está em consonância com o que disse o atual

[34] Diferentes nomes são atribuídos às UBSs pelo fato de que a sua impletação deve se dar em conformidade às características de cada local onde será implementada e também, pelo fato de que este dispositivo foi se modificando ao longo do tempo, segundo as mudanças e revisões da própria política de saúde. Sendo assim, as UBSs contumam ser chamadas de diferentes nomes, sendo que os mais comuns são: "Centro de Saúde", "Posto de Saúde" e "Postinho" (esta última denominação é bastante criticada por seu cunho pejorativo). Estes nomes carregam os sinais da história de implementação desses dispositivos. Há ainda outros nomes que lhe podem ser atribuídos pelas diferentes características da proposta política de sua implementação. É o caso dos Núcleos Integrados de Saúde (NIS) e das Unidades de Saúde da Família (USF). No caso de Maringá, algumas UBSs ainda são chamadas de NIS e até mesmo no Cnes, elas estão cadastradas com essa denominação. Essa denominação lhes foi atribuída na década de 1990, em conformidade com as propostas políticas de saúde da época.

ministro da saúde Dr. Alexandre Padilha: "Não existe modelo de Atenção Primária à Saúde único num Brasil que é tão diverso como o nosso" (BRASIL, 2011)[35].

Embora essas orientações para a estruturação das UBSs e da própria política da Atenção Básica só apareçam oficialmente formuladas em documentos posteriores a estruturação do SUS (1988), na segunda e terceira décadas do século XX, as autoridade sanitárias já haviam desenvolvido conceitos similares: os conceitos de distrito sanitário e centro de saúde. Desde então, esses conceitos guardavam em si a ideia de aproximar o trabalho em saúde da população. A seu modo e guardadas as diferenças de organização social, essas concepções foram postas em prática de várias maneiras, em países diferentes.

De acordo com Rosen (1994), entre 1910 e 1920, já era possível perceber nos Estados Unidos um esforço para se desenvolverem serviços de saúde relacionados a uma população delimitada ou a uma população de área definida. Grupos filantrópicos, preocupados com a ordem social futura e tomados por uma consternação ante as condições miseráveis de bairros imigrantes, começaram a se mobilizar, oferecendo serviços sociais e algum tipo de assistência médica ou de enfermagem àquelas comunidades. Assim, surgiram os primeiros Centros de Saúde nos Estados Unidos.

A Inglaterra foi outro país a desenvolver, já em 1920, uma proposta política de assistência à saúde que inclusive veio a contribuir muito com a atual concepção de AB no Brasil. O Informe Dawson, desenvolvido por Bertrand Dawson e publicado originalmente em 1920, ficou bastante conhecido no mundo todo e influenciou as faculdades não só da Inglaterra, como também da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), nos anos 1940 e 1950 (HÜBNER, FRANCO, 2007). Este documento, traduzido para o castelhano em 1964, pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), recomendava a reestruturação dos serviços de saúde, os quais deveriam se responsabilizar por ações preventivas e terapêuticas, conforme as necessidades e característica de cada região. Para tanto, definia o Centro de Saúde como uma instituição central:

> Un cientro de Salud es una institución donde se concentran diversos servicios médicos, tanto preventivos como curativos, formando una organización. Los centros de salud pueden ser primarios o secundarios: el primero presta um servicio más sencillo y el último más especializado. Los servicios domiciliários región

[35] BRASIL. Ministério da Saúde. Íntegra do discurso do ministro da saúde, Alexandre Padilha, durante a cerimônia de transmissão de cargo, em 3 de janeiro de 2011, em Brasília (DF) [online]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=1450&CO_NOTICIA=12054).

> deben contar como base um centro primário de salud, es decir, uma institución dotada de los servicios de la medicina curativa y preventiva, que estarán a cargo de los médicos generales, junto con un eficiente servicio de enfermería y com la ayuda de consultores y especialistas visitantes. Los centros primarios de salud variarán em tamaño y complejidad o en el campo, pero el personal estará constituido, em su mayoría, por los médicos de correspondiente distrito, reteniendo los pacientes los servicios de sus propios médicos (INFORME DAWSON, OPAS, 1964, p. 4, grifos do autor)[36].

O Informe Dawson foi elaborado por solicitação do governo inglês, mediante as necesidades de mudança no sistema de proteção social, logo após a Primeira Guerra Mundial. Seu objetivo era buscar, pela primeira vez, formas de estruturar os serviços de saúde de maneira regionalizada. Sua abrangência e profundidade ainda hoje continuam chamando a atenção.

Segundo Hübner e Franco (2007), a proposta apresentada no Informe Dawson não foi implementada imediatamente na Inglaterra. Entretanto este documento teve influência no desenvolvimento do sistema de saúde russo, após a Revolução de 1917. Mesmo depois da Segunda Guerra Mundial, a URSS continuou a seguir as orientações do referido documento. A própria Inglaterra só foi finalmente adotá-lo para a estruturação do seu Serviço Nacional de Saúde em 1948, em conformidade com o Plano Beveridge[37]. Dawson (1920) achava que os currículos das escolas médicas, em vez de se preocuparem excessivamente com a constituição de disciplinas de especialidades, deveriam concentrar seus esforços na formação de um profissional mais generalista, capaz de exercer sua prática em um sistema de saúde regionalizado.

---

[36] "Um centro de Saúde é uma instituição onde se concentram diversos serviços médicos, tanto preventivos como curativos, formando uma organização. Os centros de saúde podem ser primários ou secundários: o primero presta um serviço mais simples e o último mais especializado. Os serviços de regiões domiciliares devem ter como base um centro primário de saúde, ou seja, uma instituição dotada de serviços da medicina curativa e preventiva, que estaria a cargo dos médicos generalistas, junto com um eficiente serviço de enfermagem e com a ajuda de consultores e especialistas visitantes. Os centros primários de saúde variariam em tamanho e complexidade em cada contexto, mas a equipe será constituída, em sua maioria, por médicos de referência distrital, mantendo vinculação entre os pacientes do serviço e seus próprios médicos" (Tradução livre). Para nós, nesse documento, estão lançadas as bases da atual política de Atenção Básica barsileira. Nele já podemos perceber, inclusive, aspectos elementares de uma configuração de equipe multiprofissional que guarda certa semelhança com o que hoje conhecemos por NASF, a partir da ideia de se utilizar uma equipe de consultores especialistas vistitantes para assessorar o trabalho dos médicos de referência.

[37] O *Plano Beveridge* foi originalmente publicado em 1942 e posteriormente reformado em 1946. Foi elaborado pelo Lord Beveridge, tinha como objetivo constituir um sistema de seguro social que garantisse ao indivíduo proteção diante de certas contingências sociais, tais como a indigência ou incapacidade laborativa. O Plano Beveridge tinha como características: a) unificar os seguros sociais existentes; b) estabelecer a universalidade de proteção social para todos os cidadãos; c) igualdade de proteção social; d) tríplice forma de custeio, com predominância de custeio estatal. Segundo Cardoso e Heller (2010), é possível perceber a influência do referido plano no desenvolvimento do Estado de Bem-Estar Social. Para mais: www.sinteseeventos.com.br/bien/pt/papers/fabioluizlopesainfluenciadorelatoriobeveridge.pdf

Apesar da evidente aproximação entre as proposições apresentadas pelo documento inglês e a atual PNAB brasileira, não foi este documento que influenciou a inicial implantação dos Centros de Saúde no Brasil. A implementação dos primeiros Centros de Saúde no Brasil aconteceu nos anos de 1920, no estado de São Paulo, por influência de concepções norte americanas de saúde e em decorrência da parceria e do subsídio realizado pela Fundação Rockefeller[38]. Segundo Faria (2002, p. 565),

> No período entre 1918 e 1920, foram criados novos serviços de saúde identificados com uma estratégia de ação que se efetivava por meio de uma rede de ambulatórios, projeto apoiado e financiado pela Fundação Rockefeller. A partir de 1922, observou-se a criação dos centros de saúde e postos de higiene. Essas unidades podem ser consideradas a expressão mais acabada do modelo norte-americano de saúde pública. Os postos de saneamento eram de fato postos avançados do sistema de saúde pública estadual. Tinham como função primordial a 'salvação' da população, especialmente a rural, da doença e do abandono.

Esse modelo de saúde se ampliou por meio de uma reforma sanitária encabeçada por Geraldo Horácio de Paula Souza (1889-1951). Em 1922, Paula e Souza assumiu a direção do Serviço Estadual Sanitário de São Paulo. Desde então, defendia a importância de se organizarem postos municipais permanentes de saúde (embriões dos centros de saúde e dos postos de higiene) em vários municípios de São Paulo, para superar as deficiências das campanhas sanitárias, que não eram suficientes para manutenção dos resultados de erradicação das doenças.

Em 1925, Paula e Souza efetivou uma reforma sanitária no estado de São Paulo, por meio da qual, surgiu uma nova concepção de saúde: a educação sanitária do indivíduo. O Decreto 3.876,

[38] Órgão de filantropia norte americano que promovia a saúde ao redor do mundo. Órgãos como Fundação Rockefeller são a marca expressiva de um momento em que a expansão do capital mundial não se fez só pela aplicação direta do capital financeiro na economia dos países menos desenvolvidos, mas pelo investimento ideológico. "No início do século XX, vultosos empréstimos foram realizados pelo Estado brasileiro, como forma de obter capital para ser investido na cafeicultura, pois o café brasileiro ganhara espaço no mercado externo" (MOURA, 2012, p. 188 – Fonte: MOURA, R. H. O encontro histórico entre família e programas de saúde pública. In: Maria Lucia Boarini. (Org.). **Higiene Mental**: ideias que atravessaram o século XX. 1ed.Maringa: Eduem, 2012, v. 1, p. 181-226.). Entretanto, a ação imperialista não se deu apenas por meio da penetração do capital estrangeiro em território nacional. O imperialismo ideológico obviamente também se fez presente.Segundo Dezalay e Garth (2002), o imperialismo ideológico americano deve uma parte de seu sucesso a um modelo político ambíguo, no qual a competição não existe apenas no terreno do mercado e do lucro, mas também no terreno moral e cívico. Eles chamam de "filantropia de vocação" estas ações que completaz e reforçam a dominação de Wall Street. A origem deste "imperialismo da virtude" repousa essencialmente sobre a ação de um tipo de instituição particularmente norte-americana que são as grandes fundações filantrópicas, criadas pela primeira geração de desbravadores capitalistas: Rockefeller, Carnegie, Ford, hoje copiadas por seus sucessores Milken, Soros ou Gates.

de 11 de julho de 1925, especifica as principais atividades a serem desenvolvidas pelos centros de saúde:

> Artigo 51. Os centros de saúde visarão (a) atrair a população com os seguintes objetivos: [...] uniformizar o tratamento adequado de doenças transmissíveis [...] localizar os focos [...] criar principalmente oportunidade para a educação sanitária dos pacientes e das respectivas famílias. [...] Os fins dos centros de saúde serão a educação sanitária, a imunização contra moléstias transmissíveis, o tratamento dos focos [...] a pesquisa destes e dos outros focos em geral, o periódico exame médico e dos hábitos (ESTADO DE SÃO PAULO, 1925, apud FARIA, 2002, p. 568).

O novo modelo de atendimento à população, consubstanciado pelo centro de saúde, representou mudança significativa nos rumos seguidos até então pelos serviços estaduais de saúde em São Paulo. A Fundação Rockefeller, como já dissemos, foi uma parceira indispensável para tornar possível o desenvolvimento de tais mudanças. As primeiras décadas do século XX, em São Paulo, já marcavam o início das atividades de uma série de instituições ligadas à saúde: Escola de Agricultura de Piracicaba (1901), Instituto Soroterápico (futuro Butantã, 1901), Instituto Pasteur (1903), Faculdade de Medicina e Cirurgia (1913), dentre outras que se constituirão mais tarde, após as referidas mudanças de modelo.

Trata-se de um período efervescente para o desenvolvimento das ações em saúde não só em São Paulo, mas em todo o país. Segundo Finkelman (2002), os estudos históricos sobre a constituição da área da saúde no Brasil têm considerado o período da Primeira República (1890-1930) como um período de grandes reformas sanitárias. Isto, em parte, pode ser explicado pela centralidade política que o tema recebeu e por sua percepção como "problema vital", como o denominou Monteiro Lobato (1968), na obra intitulada "Mr. Slang e o Brasil e Problema Vital", publicada pela primeira vez em 1927. Mas seguramente, a centralidade do tema radicava-se na crítica à oligarquização do país e à ausência de uma ação coordenada de cuidados sanitários em nível nacional.

No bojo das transformações sociais pelas quais o país passava[39] e como ressonância das mudanças mundiais, movidas pelos interesses imperialistas, no início do século XX, houve uma

[39] "Neste contexto, o período republicano, desde as vésperas até os momentos iniciais de seu estabelecimento, passou por inúmeras modificações sociais, a saber: as campanhas abolicionistas; a expansão do café no Oeste Novo Paulista, onde se destacava a maior produtividade do imigrante; a modificação das relações de trabalho, com a emergência do processo de industrialização e empresarial; a maior representatividade do Exército, lutando por maior reconhecimento e participação na vida nacional; o crescimento da ideologia republicana; e as lutas religiosas contra o controle e

expansão da área da saúde para novos campos de estudo, análise e atuação profissional. Entender esse capítulo da estruturação das políticas públicas no Brasil nos permite perceber os desdobramentos históricos de algumas concepções e práticas que estão presentes na política pública de saúde brasileira até os dias atuais. Por isso, nos deteremos um pouco na compreensão desse período.

Em 1918, foi criada a cadeira de Higiene, como uma nova disciplina da Faculdade de Medicina de São Paulo. Isto fazia parte de um convênio estabelecido entre o governo estadual paulista e a Fundação Rockefeller. A disciplina de Higiene passou a ser ministrada ao curso de Medicina e, por meio do Instituto de Higiene (subordinado a essa cadeira disciplinar), estudos foram realizados sobre a condição sanitária da cidade e do estado de São Paulo. A criação dessa cadeira disciplinar e do Instituto de Higiene não se deram somente por influência da Fundação Rockfeller. Aliás, as ações desse órgão só tiveram expressão no Brasil, porque suas concepções faziam ressonância com todo o movimento higienista que se desenvolvia no país[40].

Entretanto, queremos chamar atenção para a influência da referida fundação no desenvolvimento da concepção dos primeiros Centros de Saúde brasileiros[41].

Em 1922, Paula Souza assumiu a direção do Serviço Sanitário paulista por sugestão de membros da própria Fundação Rockefeller e da Universidade Johns Hopkins, onde acabara de cursar seu doutorado em Higiene e Saúde Pública, como aluno bolsista da fundação. Sendo assim, Paula e Souza teve contato direto com a prática e com a metodologia de trabalho na área de saúde, baseados nos preceitos veiculados e defendidos pela Fundação Rockefeller.

---

subordinação das igrejas pelo Estado; [...] e o que realmente moveu o país na direção da República foi o deslocamento das forças econômicas para um novo setor da aristocracia rural: os fazendeiros do café do Oeste Paulista, os quais expandiram sua produção na dependência do capital estrangeiro e com base na exploração da mão de obra assalariada dos imigrantes" (MOURA, 2012, pp. 191-192, op. cit.).

[40] Trata-se de um movimento amplo, que se desenvolveu em diversas partes do mundo, com características singulares aos locais de seu desenvolvimento. No Brasil, os ideiais higienistas começaram a se desenvolver no final do século XIX e ganharam força após a Proclamação da República, quando então, as mudanças socioeconômicas e os postulados positivistas de ordem e progresso ampliaram o caminho para a divulgação de seus ideais e intervenções. Como definição do termo "higienista" tomamos aquela elaborada por Costa (1999, p. 36), que se refere "aos profissionais da medicina que funcionaram como teóricos ou executores da política de higienização das cidades, da população e da família".

[41] Para aprofundar a discussão histórica dos antecedentes dos Centros de Saúde, recomendamos a leitura de MELLO, Guilherme Arantes; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Centros de Saúde: ciência e ideologia na reordenação da saúde pública no século XX. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos*. 2011, vol.18, n.4, pp. 1131-1149.

A Universidade Johns Hopkins, tal como outras universidades norte americanas dos anos de 1910, sofreu forte influência do modelo flexneriano para formação médica. Em 1908, Abraham Flexner (1866-1959), foi convidado pela *Carnegie Foundation*, para dirigir um ambicioso programa de avaliação da educação superior nos Estados Unidos, começando pelo ensino médico, cujo primeiro e mais conhecido resultado foi o famoso Relatório intitulado "*Medical Education in the United States and Canada"* (1910), comumente denominado de Relatório Flexner. O reconhecimento de seu trabalho foi imediato. Em 1912, Flexner fora convidado a dirigir o *General Education Board*, organismo filantrópico da família Rockefeller para a educação.

A partir de então, o modelo de Flexner passou a orientar a formação médica nos Estados Unidos, determinando a realização de uma reforma curricular que acabou implicando no fechamento de muitas universidades norte americanas daquele período. De acordo com Hübner e Franco (2007, p. 174), as recomendações contidas no referido relatório, "[...] fixaram as linhas mestras em que se basearam as iniciativas posteriores de 'aperfeiçoar' a educação médica nos Estados Unidos, com reflexos mais ou menos poderosos em outras latitudes do continente".

Segundo Almeida Filho (2010), existe um reconhecimento amplo de que o Relatório Flexner tem uma base conceitual identificada com: a) uma perspectiva exclusivamente biologicista da doença, com negação da sua determinação social; b) uma formação laboratorial e clínica em hospitais, com estímulo à disciplinaridade e c) uma abordagem reducionista e mecanicista do conhecimento. Estariam aí as bases da prática biomédica especializada bastante hegemônica ainda em nossos dias. Entretanto, o mesmo autor afirma que é preciso reconhecer também em Flexner uma medicina supostamente integral e socializada:

> Mas a função do médico está se tornando rapidamente social e preventiva, mais que individual e curativa. Nele [o médico] a sociedade confia para avaliar, e através de medidas essencialmente educacionais executar, as condições que previnem a doença e constroem positivamente o bem-estar físico e moral. Escusado dizer que esse tipo de doutor é antes de tudo um homem educado (FLEXNER, 1910, p.26, apud ALMEIDA FILHO, 2010, p. 2245).

Esta medicina supostamente integral e socializada diz respeito ao desenvolvimento de ações de educação sanitária a partir de uma perspectiva higienista e comprometida com processos de medicalização da vida. As práticas higienistas do início do século apontavam para determinadas necessidades de cuidado sanitário, como por exemplo, a necessidade de combate às doenças epidêmicas, de combate aos focos de epidemia, necessidade de vacinação da população, de

saneamento, esgoto, água potável, alimentação adequada, higiene, vestuário, condições salubres de moradia e de trabalho, educação sanitária, combate ao alcoolismo, à violência, etc. Em muito esses profissionais de seu tempo contribuíram apontando orientações para a superação dessas necessidades. Mas a concepção higienista de política sanitária baseava-se na transposição das explicações e soluções apontadas pelas ciências naturais para os problemas sociais. Com isso, os higienistas alienavam desses fenômenos as contradições geradoras e mantenedoras das desigualdades sociais. A isso chamamos de naturalização do social, ou seja, uma alienação do movimento histórico-econômico que rege a sociedade vigente, na qual, no limite do "ser natural", o ponto de partida e de chegada para a "ordem e progresso" é sempre o indivíduo em particular e/ou a soma deles.

A interpretação que fazemos de tudo isso é que essa mistura entre as concepções filantrópicas norte americanas, os ideais higienistas em curso no país e a forte influência do modelo flexineriano, foram determinantes na configuração sanitarista e higienista das políticas públicas de saúde das primeiras décadas do século passado[42]. Mesmo os esforços reformista implementados por Paula e Souza, com o estabelecimento dos primeiros Centros de Saúde, guardavam em si uma concepção biomédica liberal privatista de saúde.

O modelo flexniriano importado para cá, aos poucos foi fazendo eco e contribuindo para provocar um distanciamento entre a prática sanitária e a prática clínica. A primeira deveria ficar a cargo do Estado, pois trataria de administrar cuidados no âmbito coletivo de intervenção. Já a segunda, deveria ficar a cargo da iniciativa privada, por ser considerada uma prática de interesse individual. Tanto a primeira, como a segunda reforçam a concepção liberal positivista de saúde x doença, pois até mesmo a primeira enxerga o coletivo como soma das partes (soma dos indivíduos) e, assim, a responsabilidade sobre o processo saúde-doença acabava por recair sobre os próprios indivíduos. Esse modelo contribui para legitimar a ideia de que, se a saúde é responsabilidade do indivíduo e, portanto, é sua responsabilidade buscar os meios de assistência necessários.

Tal modelo continua a influenciar não só o modo como o sistema brasileiro de saúde está organizado atualmente (como um sistema híbrido de oferta de serviço público e privado), mas

[42] Sabemos que a complexidade do sanitarismo brasileiro do início do século XX vai além da influência do modelo norte americano de saúde, pois o modelo brasileiro também recebeu forte influência do modelo policialesco de saúde alemão e da medicina urbana francesa (LUZ, 1982). Entretanto, como o estudo aprofundado de tal período foge ao nosso objetivo, nos detivemos brevemente nos pontos que nos ajudam a perceber como se deu a configuração histórico estrutural do discurso hegemônico do modelo biomédico liberal privatista.

também continua a influenciar na formação dos profissionais da saúde (formação voltada prioritariamente para intervenção clínico-liberal-privatista, de caráter biomédico) e na relação que socialmente estabelecemos com o processo saúde-doença (como sendo um processo relacionado apenas à responsabilidade individual).

O modelo flexneriano também está presente na compreensão reducionista do SUS como um sistema voltado apenas para o enfrentamento de problemas sanitários de ordem supostamente "coletiva", tais como no enfrentamento de epidemias e de problemas que afetam um grande contingente populacional, ou ainda, no ideário do SUS como um sistema de saúde que deve beneficiar apenas a parcela da população que não pode pagar pelos serviços de saúde. De acordo com essa compreensão tão reducionista, quanto comum em nosso país, aqueles que pode pagar e os demais problemas de saúde de caráter "não-coletivos" seriam, portanto, responsabilidade dos indivíduos, os quais deveriam se responsabilizar pelo cuidado com sua saúde, incluindo aí os custos necessários para prover tal cuidado.

De acordo com uma pesquisa realizada pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS, 2011), entre 12 bens de consumo e serviços listados, os planos de saúde são o segundo bem mais desejado pelos brasileiros, atrás apenas da casa própria. Ter um plano de saúde é mais desejado do que ter carro, seguro de vida, seguro residencial, eletrodomésticos novos e computador, informa a pesquisa. Essa pesquisa deixa evidente que nos relacionamos socialmente com o processo saúde-doença como um bem de consumo e não como um direito social e coletivo. O modelo flexneriano, tal como o analisamos, contribui para reforçar essa relação.

O SUS como um todo e os aparatos jurídicos-institucionais já destacados nesse capítulo (as RAS e a PNAB) vêm buscando romper com a influencia da concepção flexineriana, revisitando os conceitos e redesenhando a organização dos serviços de saúde para que a prática sanitária e a prática clínica não permançam cindidas e distanciadas. Os conceitos de "distrito sanitário" e "centros de saúde" foram sendo substituídos por outros termos (como "responsabiliade sanitária", "território de referência" e "Unidades Básicas de Saúde") não no sentido de uma mera adequação semântica, mas por uma necessidade de revisão teórico-prática (da práxis) de tais dispositivos.

Na atual compreensão de Atenção Básica, no modo como se propõe a estruturação, a organização e a oferta de serviços nas UBSs e, principalmente, na Estratégia Saúde da Família é possível perceber o teor dessa revisão. Porém, o Brasil não foi o único país a se preocupar em superar a influência do modelo flexneriano na estruturação dos seus serviços de saúde. O debate

internacional acerca da estruturação e organização da Atenção Primária à Saúde (APS) contribuiu muito para as mudanças e revisões realizadas em solo brasileiro. Essas reviões e mudanças sofreram uma maior influência do modelo inglês, proposto por Dawson, mas têm características singularmente brasileiras. Por isso, antes de avançarmos no exame dos arranjos brasileiros que foram sendo institucionalizados por meio da PNAB, vamos nos ater brevente a ao debate internacional em busca de uma compreensão mais ampla sobre o significado de Atenção Primária à Saúde.

3.3. Modelos de atenção à saúde: a Atenção Primária à Saúde (APS) e o debate internacional

Mesmo internacionalmente, o debate acerca dos modelos de atenção à saúde e acerca da concepção do processo saúde-doença nunca ficou silenciado. Depois da Segunda Guerra Mundial, esse debate se intensificou e se tornou pauta de discussão entre os órgãos de regulação política e econômica. A criação das agências internacionais de sustentação do capital financeiro (Fundo Monetário Internacional – FMI e Banco Mundial) e das políticas de segurança e paz no mundo (Organização das Nações Unidas – ONU, Organização Mundial da Saúde – OMS, Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF), logo após a Segunda Guerra, mudou a forma e a configuração das relações internas e externas dos países, desencadeando uma nova ordem no cenário mundial. As consequências da guerra também contribuiram para repensar as políticas públicas de saúde em todo o mundo.

Como já mencionamos anteriormente, as orientações do Informe Dawson serão finalmente incorporadas na estruturação da política de saúde inglesa e em outros lugares do mundo, após a Segunda Guerra Mundial. Os prejuízos da guerra contribuíram para intesificar o debate sobre a necessidade de organizarção dos serviços de saúde de maneira regionalizada e de base comunitária, com oferta de serviços universais a população. A estruturação de políticas ocidentais baseadas no Estado de Bem-Estar Social tem efeitos de um “forte sopro” para a disseminação de modelos de atenção socializados.

A compreensão e a sistematização de modelos de saúde baseados na existência de níveis diferenciados de intervenção foi bastante impulsionada pela obra “Medicina preventiva” de Leavell e Clark (1976), já mencionada no capítulo 2. Apenas para fins de retomada, segundo os autores, a prevenção é uma “ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar

improvável o progresso posterior da doença" (LEAVELL e CLARCK, 1976, p. 17). Como neste capítulo 3 estamos recuperando as origens da APS, importa lembrar que Leavell e Clark (1976) apresentam a ideia de que a prevenção poderia se dar em três níveis: primário, secundário e terciário. A prevenção primária é aquela realizada no período de pré-patogênese. O conceito de promoção da saúde aparece como um dos níveis da prevenção primária, definido como "medidas destinadas a desenvolver uma saúde ótima" (p. 17). Ainda há um segundo nível da prevenção primária que seria resultado da proteção específica "contra agentes patológicos ou pelo estabelecimento de barreiras contra os agentes do meio ambiente" (p. 17). Essa idéia de prevenção primária é uma matriz importante para o desenvolvimento da APS.

O clássico estudo de White et al.(1961) chamou definitivamente a atenção para a "atenção médica primária", ao demonstrar que a imensa maioria do cuidado médico nos EUA e no Reino Unido era realizada neste nível de atenção, evidenciando que o atendimento em hospitais universitários (nível terciário da intervenção) representava apenas uma discreta fração do total.

Segundo Campos (2005), só no ano de 1966, num intervalo de cem dias, foram publicados quatro relatórios[43] nos Estados Unidos em defesa da medicina familiar como uma reação à fragmentação gerada pelo incremento no número de especialidades e subespecialidades médicas. Todos eles criticavam a hiperespecialização e propunham mudanças no ensino médico. Contraditoriamente, entretanto, propunham a criação de uma nova especialização que denominaram de **medicina de família**.

Rosen (1994, p. 372), ao tratar desse assunto, ressalta que o *Millis Commission Report*[44], por exemplo, enfatizava o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS) como: "Oferta do primeiro contato, adoção da responsabilidade longitudianl pelo paciente independentemente da presença ou ausência de doença e a integração dos aspectos físicos, psicológicos e sociais da saúde".

---

[43] Os quatro relatórios norte americanos mencionados por Campos (2005) são: *The National Commission Health Services*, (*Folsom Commission*), *Citizens Commission on Graduate Medical Education* (*Millis Commission Report*), *The report of the Ad Hoc Committee on Education for Family Practice of Council on Medical Education* (*Willard Report*), *The report of The Committee on Requirements for Certification of the American Academy of General Practice*.

[44] Relatório da Comissão Millis foi apresentado em 1966. Esta comissão fora constituída nos Estados Unidos da Améria, por uma solicitação da Associação Americana de Medicina (American Medical Association) para realizar um estudo sobre a Medicina de Família. Este documento contribuiu para divulgar as bases desse modelo de intervenção médica não só nos EUA, mas em diversos países do mundo (GUTIERREZ, C..; SHEID, P. *The History of Family Medicine and Its Impact in US Health Care Delivery*. Department of Family and Preventive Medicine. Disponível em: http://www.aafpfoundation.org/online/etc/medialib/found/documents/programs/chfm/foundationgut ierrezpaper.Par.0001.File.tmp/foundation-gutierrezpaper.pdf. Acesso: 24/11/2013.

Não só nos EUA, mas em toda a Europa o movimento pelo renascimento da medicina de família se fortaleceu:

> Em 1970, acontece a I *European Conference in the Teaching of General Practice*, em Bruxelas, que enfatiza as mesmas críticas e sugestões dos colegas norte-americanos. A formação do Grupo de Trabalho, chamado de Grupo de *Leeuwenhorst*, durante a II *Conference in the Teaching of General Practice*, em *Noordwijkerhout*, Holanda, no ano de 1974, pode ser considerado um marco importante para o fortalecimento da Medicina de Família na Europa (CAMPOS, 2005, p. 185).

A década de setenta foi especialmente importante para a discussão internacional acerca da necessidade de mudança do modelo de assistência à saúde e para o desenvolvimento da concepção de APS. Movimentos similares, com dimensões particulares, ocorreram paralelamente no Canadá, Reino Unido, Holanda, Noruega, Austrália, Portugal, Espanha, Cuba, entre outros.

Em 1972, foi criada a WONCA (*World Organization of Family Doctors*[45]), cuja primeira conferência aconteceu em Melbourne (Austrália), organização que existe até os dias atuais e se mantem atuante no desenvolvimento e na discussão sobre a Medicina de Família em todo o mundo. A WONCA existe até hoje e seus princípios, conceitos e recomendações demonstram aproximação clara com a APS.

Em 1978, ocorreu a I Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários em Alma-Ata, no Cazaquistão (antiga União Soviética), por uma inicitiva da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

A Declaração de Alma-Atta (OMS, 1978, s/p) passou a ser referenciada mundialmente como o principal marco da APS, apresentando a Atenção Primária Saúde como:

> [...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação.

Este documento afirmou a APS como chave para que em todo o mundo alcançasse, até o ano 2000, um nível aceitável de saúde, como parte do desenvolvimento social, inspirando um espírito de justiça. Assim, a APS seria um modelo válido tanto para os países mais desenvolvidos, quanto para os de menor desenvolvimento, desde que fossem respeitadas as características políticas, econômicas, sociais e culturais. Porém, a Declaração de Alma-Atta ressalta a necessidade

[45] Organização Mundial dos Médicos de Família.

de estruturação da APS, sobretudo em países em desenvolvimento, e por isso, fez recomendações especiais para as necessidades desses países.

A Conferência de Alma-Ata, ao reconhecer que uma boa política de atenção primária constituía-se como o passo principal em direção à "saúde para todos até o ano 2000", acabou por aglutinar a WONCA e OMS na sistematização de relatórios, recomendações e orientações que pudessem contribuir para intensificação de práticas na APS. Segundo elas, "[...] só seria possível construir sistemas de cuidados primários adequados, permitindo a avaliação e implementação das respectivas prioridades, se os profissionais de atenção primária tivessem acesso às informações certas. Isto conduziu [por exemplo] ao desenvolvimento de novos sistemas de classificação" (WONCA, 2009, p. 19).

A APS pode se confundir com a idéia de Atenção Primária (AP). Entretanto, AP, na maioria das vezes, tem um sentido mais restrito que APS, referindo-se a um nível de atenção à saúde, o nível primário de atenção, tal como fora conceituados por Leavell e Clark (1976). Segundo Andrade, Barreto e Bezerra (2006), existem, pelo menos, três enfoques de APS: a APS Seletiva, a APS Ampliada e o Enfoque de Saúde e Direitos Humanos.

A APS seletiva, segundo eles, consiste na oferta de um número limitado de serviços para minimizar o alto impacto de alguns indicadores de saúde que estejam afetando significativamente um grupo populacional, geralmente, caracterizado também por ser um grupo de grande vulnerabilidade social, de países em desenvolvimento. Trata-se de um "conjunto limitado de atividades dos serviços de saúde para pobres" (ANDRADE, BARRETO e BEZERRA, 2006, p. 789).

A APS ampliada refere-se ao conceito apresentado pela Declaração de Alma-Ata, como um primeiro nível amplo e integrado que inclui elementos como participação comunitária, coordenação intersetorial e despende uma série de trabalhadores da saúde. Compreende os seguintes princípios: "[...] resposta aos principais determinantes da saúde; cobertura e acessibilidade universal segundo a necessidade; autocuidado e participação individual e comunitária; ação intersetorial pela saúde; tecnologia apropriada e custo-efetividade em relação aos poucos recursos disponíveis" (ANDRADE, BARRETO e BEZERRA, 2006, p. 789).

O Enfoque de Saúde e Dieritos Humanos é assim apresentado pelos autores:

> Concebe a saúde como um direito humano e prioriza a necessidade de responder aos seus determinantes sociais e políticos mais amplos. Difere por sua maior

> ênfase nas implicações sociais e políticas da Declaração de Alma-Ata, que em seus princípios defende que, se há um objetivo de que o conteúdo social de Alma-Ata logre melhoras na equidade em saúde, este deve orientar-se mais para o desenvolvimento de políticas "inclusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos legislativos e finceiros" que está atras de aspectos específicos da doença (ANDRADE, BARRETO e BEZERRA, 2006, p. 789).

Esses três enfoques nos ajudam a perceber que o arranjo que possuímos no Brasil e que nós estamos escolhendo chamar de Atenção Básica, atualmente se expressa por meio da existência desses três enfoques, na operacionalização concreta do SUS. Entretanto, o conceito de AB apresentado na PNAB (BRASIL, 2012b) e atrelado aos princípios do SUS, demosntra maior aproximação com o conceito de APS apresentado pelo Enfoque de Saúde e Dieritos Humanos.

O conceito de APS ampliada foi desenvolvido em uma conferência organizada pelas agências internacionais de sustentação do capital financeiro. A criação dessas agências – por exemplo: o Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial e das políticas de segurança e paz no mundo Organização das Nações Unidas (ONU), Organização Mundial da Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) –, logo após a Segunda Grande Guerra, mudou a forma e a configuração das relações internas e externas dos países, desencadeando uma nova ordem no cenário mundial que marcaram o setor saúde. Precisamos refletir sobre a contradição presente na influência de tais agências no desenvolvimento de políticas sociais:

> As agências econômicas configuradas pelas instituições de Bretton Woods[46], de um lado, cada vez mais criam meios para assegurar a composição dos recursos financeiros das agências internacionais pela sua estrutura de poder centrada na política do voto proporcional, garantindo aos países capitalistas, detentores dos recursos, mecanismos de influência e decisão nos rumos das políticas econômicas e sociais dos diferentes países, principalmente nos do hemisfério sul. Por outro lado, as agências internacionais ligadas às Nações Unidas, voltadas às políticas sociais, vêm exercendo importante papel no sentido de viabilizar a consecução de políticas mais equânimes para os povos e entre eles, mediando conflitos de interesses entre financiamento e necessidades sociais dos países (GIL, 2006, p. 1172).

[46] "Em julho de 1944, representantes da Aliança das Nações Unidas, que reunia os países em guerra contra o eixo fascista (inclusive o Brasil), reuniram-se na pequena localidade de Bretton Woods, no nordeste dos Estados Unidos, para empreender uma das mais audaciosas iniciativas em engenharia social tentadas até então ou mesmo, na verdade, desde então. Tratava-se de criar regras e instituições formais de ordenação de um sistema monetário internacional capaz de superar as enormes limitações que os sistemas então conhecidos, o padrão-ouro e o sistema de desvalorizações cambiais competitivas, haviam imposto não apenas ao comércio internacional mas também à própria operação das economias doméstica" (CARVALHO, 2008, p. 1).

Analisando esse dois lados expostos por Gil, (2006), compreendemos que os efeitos da influência dessas agências reguladoras no desenvolvimento das políticas sociais em países em peroféricos é duplamente prejudicial: primeiro, porque seus intereses estão atrelados a polítca neoliberal de minimização das contradições sociais que podem interferir no liberdade de mercado; segundo, porque, tal como Teixeira (1989) já evidenciara, a relação Estado-sociedade, sendo mediada pela sustentação do capital, não contribui para o desenvolvimento de cidadania e participação social, pois gerara entre os usuários do sistema de saúde uma "[...] incorporação alienada que impede sua percepção enquanto classe e sua transcendência em direção aos direitos universais de cidadania" (TEIXEIRA, 1989, p. 26).

É por tudo isso que concordamos com aquele professor anônimo (mencionado anteriormente), que afirmara o seu posicionamento ativo em se negar ao uso da terminologia APS. Entedemos esse posicionamento como uma recusa a submeter-se a concepção de APS veiculada pelas agências internacionais.

Feitas essas ressalvas, não queremos dizer que a concepção de APS ampliada não tem possibilitado um avanço na construção de modelos de saúde no mundo. Andrade, Barreto e Bezerra (2006), apresentam vários estudos que evidenciam a efetividade da APS no mundo.

Merece destaque o estudo comparativo realizado por Starfield (2002) entre doze nações industrializadas ocidentais, por meio do qual ela analisou a relação existente entre: a prioridade dada por esses países à APS, os níveis de saúde de suas respectivas populações e os custos da atenção à saúde em cada país. Os países estudados foram: Alemanhã, Áustria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Espanha, EUA, Finlândia, Países Baixos, Reino Unido e Suécia. Os resultados de sua pesquisa contribuíram ainda mais para popularizar a proposta da APS, pois eles sinalizaram que quanto mais forte o sistema de APS do país, melhores são os níveis de saúde de suas respectivas populações e menores os custos da atenção à saúde.

A OPAS (2005) sistematizou os valores, princípios e características essenciais de um Sistema de Saúde baseado em APS. Os **valores** são os pontos mais centrais e estão relacionados: ao direito ao nível de saúde mais elevado possível, à equidade e à solidariedade. Os **princípios** são: resposta às necessidades de saúde da população, serviços de saúde orientados pela qualidade, responsabilidade e prestação de contas dos governos, justiça social, sustentabilidade do sistema de saúde, participação e intersetorialidade. Para tanto, o sistema de saúde deve ter as seguintes **características**: acesso e cobertura universal, atenção integral e integrada, ênfase na prevenção e

promoção, atenção apropriada à pessoa e não somente à doença, orientação familiar e comunitária, organização e gestão otimizadas, políticas e programas que estimulam a equidade, configurar-se como "porta de entrada", recursos humanos apropriados, planejamento sustentável, ações intersetoriais com enfoque comunitário.

No Brasil, a influência da proposta da APS ampliada associada a proposta dos direitos humanos é inegável. A conferência de Alma-Ata, em 1978, influenciou bastante o desenvolvimento de experiências municipais, rumo ao desenvolvimento de novos arranjos, já na década de 1980, no país. A Reforma Sanitária se apropriou de suas proposições. Profissionais de saúde, engajados nos movimentos reformistas, com atuação no Cebes, ou com algum tipo de articulação com a OPAS, começaram a aglutinar-se em torno do desenvolvimento de experiências que se tornaram novos modelos tecnico-assistenciais: o Modelo em Defesa da Vida, desenvolvido em Campinas (SP); a Ação Programática em Saúde, desenvolvido na cidade de São Paulo (SP); os Sistemas Locais de Saúde (Silos), desenvolvidos nos estados do Ceará e Bahia, são alguns dos exemplos. Não podemos deixar de mencionar que a experiência de implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) iniciou-se em 1986, como um programa institucional no Ceará. O Pacs foi essencial para complementar à discussão e a formulação do modelo atual da Estratégia Saúde da Família.

Porém, indiscutivelmente, o Brasil singularizou seu arranjo de APS com a estruturação da Estratégia Saúde da Família. Esta estratégia é à base da AB brasileira e do SUS como um todo. Criada em 1994, ela foi estabelecida (e continua sustentando-se) como uma importante estratégia de reorganizaçao da saúde no Brasil (Brasil, 2001). O entendimento de sua lógica de operação é fundamental para que possamos entender como funciona o NASF, programa que em 2008, assumiu um papel de apoio e fortalecimento da mencionada estratégia.

3.3.Da Medicina de Família à Estratégia Saúde da Família: os arranjos brasileiros

No primeiro capítulo deste trabalho, já fizemos uma breve apresentação da Estratégia Saúde da Família e de seu quadro atual de composição no Brasil. Ela foi inicialmente proposta como um programa (PSF), em 1994.

No Brasil, as primeiras experiências com a Medicina de Família em conformidade com os princípios da APS e com uma clara intervenção comunitária ocorreram na década de 1970. A experiência desenvolvida no Centro de Saúde de Murialdo, em Porto Alegre (RS) no ano de 1974

é considerada a primeira experiência de Saúde da Família no Brasil (FALK, et. al., 2010). Outras experiências posteriores já foram citadas no capítulo 2. O período de 1974 a 1980 é considerado um período experimental nessa área, no qual se desenvolveram as primeiras residências médicas para formação nesse sentido.

Internacionalmente, vimos que a Conferência de Alma-Ata, em 1978, alavancou um intenso debate sobre a mudança de modelo de saúde. Esse debate defendia implementação da proposta da APS. Para a APS, a Medicina de Família constituía-se como o tipo de prática desejada e adequada. Assim, estava configurado o contexto para ampliação da discussão internacional acerca da Medicina de Família.

Por tudo o que temos tradado até este momento, reafirmamos a sistematização realizada por Andrade, Barreto e Bezerra (2006) no que diz respeito à descrição do contexto que precedeu a implementação da Estratégia Saúde da Família no Brasil. Esse contexto reune aspectos relacionados: à própria evolução do SUS; à realização de experiências inovadoras de atenção à saúde; ao perfil epidemiológico brasileiro; e às discussão internacionais em torno dos modelos de APS.

Para a construção e efetivação do SUS, fazia-se necessário expandir o acesso à saúde, consolidar a descentralização, a integralidade e a incorporação efetiva da participação social. As experiências inovadoras, desencaderam a tensão e o enfrentamento necessários para fazer frente ao modelo hegemônico de assistência à saúde. Além disso, elas possibilitaram o amadurecimento de propostas pautadas em uma perspectiva coletiva. O perfil epidemiológico brasileiro demosntrava a necessidade de superação das desigualdades regionais relacionadas ao acesso à saúde, à oferta de serviços e ao financiamento, visando à melhoria universal dos indicadores bássicos de saúde. Como no contexto internacional, o modelo de APS ampliada vinha demosntrando bons resultados, logo aumentaram as pressões das agências reguladoras internacionais para o desenvolvimento de mudanças mais efetivas também em nosso país.

A implementação da Estratégia Saúde da Família ocorreu claramente como uma estratégia de consolidação do SUS. Entretanto, ela foi aos poucos sendo sistematizada. Conflitos de cunho teórico, filosófico e práticos estavam bem presentes na breve existência do SUS, dado o caráter inovador de suas proposições. Esses aspectos geraram o ambiente propício para sua implementação:

> A partir do reconhecimento consensual de dificuldades de transformação da Atenção Básica e como fruto de pressões de organismos internacionais, surgiu em meados da década de 1990, como política do Ministério da Saúde (MS), o Programa Saúde da Família (PSF). Inicialmente marcado por formulações de organismos internacionais como o Banco Mundial, o PSF colocava-se no pólo claramente preventivo e programático. A partir da Norma Operacional Básica (NOB) de 1996, os municípios passaram a receber estímulo financeiro direto para sua instalação e o PSF migrou lentamente da área rural para urbana. O modelo de gestão do MS sofreu diversas críticas como a excessiva valorização da Programação em Saúde e da gestão centrada em procedimentos (produção de planilhas) (CUNHA, 2010, p. 18).

Esse excerto demonstra que o processo de implementação do PSF foi perpassado por uma série de questionamentos, reflexões, críticas e adequações. Ele não surge pronto e acabado. De acordo com Miranda (1997), houve uma heterogeneidade de modelos de PSFs espalhados pelo Brasil e esse fator, atrelado aos princípios do SUS e aos movimentos reformistas, contribuiu para conferir ao arranjo brasileiro a capacidade de transcendência necessária para superar os limites da proposta de APS apresentadas pelo Banco Mundial e pela gestão inicial do MS.

Portanto, a construção da Estratégia Saúde da Família não pode ser rudemente considerada uma simples replicação de modelos internacionais de Medicina de Família ou de modelos de APS no Brasil. A implementação dessa estratégia foi e ainda é consequência de um processo lento e contínuo de ruptura com o modelo de atenção centrado na doença, no qual a intervenção terapêutica é entendida como minimização ou desaparecimento de sintomas, marcada pelo especialismo, desenvolvida a partir e sobre o corpo físico, com o uso de tecnologias advindas geralmente das ciências biológicas e farmacológicas.

Atualmente, a Estratégia Saúde da Família operacionaliza-se por meio das Equipes de Saúde da Família (ESF). Estas são constituídas por, no mínimo: um Médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou Médico de Família e Comunidade, um Enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, um Auxiliar ou Técnico de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS)[47]. Desde 2001, as ESFs também podem contar, como parte da equipe multiprofissional, com os profissionais de saúde bucal: Cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, Auxiliar e/ou Técnico em Saúde Bucal.

[47] O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe.

> Cada ESF deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2012b, p. 55).

Todas as ESFs têm responsabilidade sanitária por um determinado território de referência. Buscam o estabelecimento de vínculo e acompanhamento continuado com as pessoas de sua área. Dessa maneira, o SUS capilariza-se; está próximo da vida das pessoas; desenvolve busca ativa e intervenção oportuna e precoce. Em contrapartida, as ESFs devem ser o contato preferencial dos usuários e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Elas devem organizar a demanda e acolher os problemas da população adstrita. Por meio dessa organização, espera-se garantir os princípios de territorialização e descentralização da oferta de serviços. As equipes devem desenvolver "[...] ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade" (BRASIL, 2012b, p. 20).

Também faz parte dos compromissos das ESF estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e da coletividade do território, contribuindo para a produção coletiva da saúde (BRASIL, 2012b).

Todos esses são parâmetros balizadores da constituição da Estratégia Saúde da Família. Vejamos que eles estão intimamente comprometidos com os princípios finalísticos e estratégicos do SUS (universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e participação social). Ela está comprometida com o conceito abrangente de saúde, buscando desenvolver a atenção à saúde centrada no coletivo, incluindo ações de promoção, proteção, cura e recuperação. O planejamento e a programação das ações baseiam-se em dados epidemiológicos, no reconhecimento dos determinantes e condicionantes de saúde e na participação comunitária, para garantir

No arranjo brasileiro que denominamos de Estratégia Saúde da Família, cada ESF de uma comunidade é uma ESF distinta das demais, com suas próprias prioridades de ação, potencialidades e limitações. Essa diversidade de experiências nas cidades brasileiras é especialmente resultante das diferenças quanto ao tempo de implementação, capacitação dos profissionais, compromisso dos gestores, estabilidade de financiamento e do nível de empoderamento comunitário (ANDRADE, BARRETO, BEZERRA, 2006).

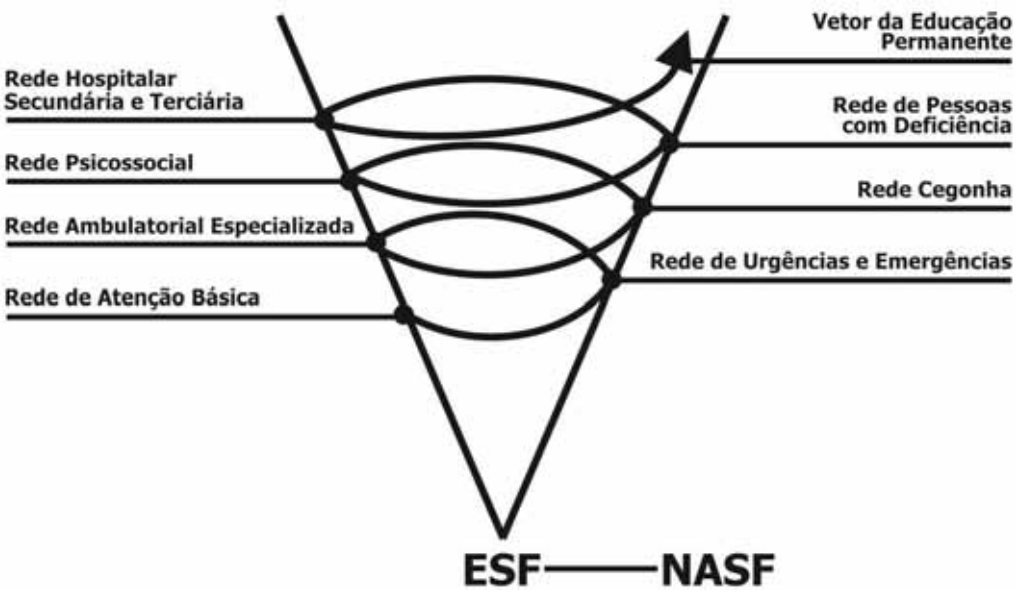
Na PNAB (BRASIL, 2012b), ela é a responsável por integrar as Redes de Atenção à Saúde (RAS): atenção básica, ambulatorial especializada, rede hospitalar secundária e terciária e redes prioritárias (rede cegonha, rede de urgências e emergências, rede de pessoas com deficiências e rede psicossocial). Baseando-nos no gráfico desenvolvido por Andrade, Barreto e Bezerra (2006, p. 803), desenvolvemos um gráfico atualizado para ilustrar a espiral de complexidade das RAS do SUS (Gráfico 1, p. 122). Neste gráfico, fica evidente o papel da ESF como estratégia organizadora. Mantivemos a representação da educação permanente como um catalisador em saúde, tal como os referidos autores.

Contudo, a Estratégia Saúde da Família não representa um projeto acabado e nem garante sozinha a efetividade do SUS. Não bastam existirem as equipes, os dispositivos, as normas, as leis, as diretrizes, os princípios se a práxis continua sendo aquela do modelo biomédico, centrado na doença x cura.

Cunha (2010) desenvolveu um trabalho especialemente para tratar da dificuldade que ainda permanece na AB para ampliar a clínica. O foco, "[...] apesar do imenso salto de qualidade na atenção, continua sendo a doença e o corpo, a despeito das demandas do usuário, do trabalho em equipe, da presença dos agentes comunitários e das visistas domiciliares" (CUNHA, 2010, p. 19). De acordo com Paim (2009), as dificuldades que ainda nos assombram são questões referentes ao sistema de serviços de saúde, como financiamento, organização, infraestrutura e gestão, as quais, segundo ele, já poderiam ter sido equacionadas considerando-se possibilidades reais de um país como o Brasil oferecer uma atenção mais digna aos seus cidadãos. No entanto, ainda nos deparamos com: "clientelismo político, fisiologismo e favoritismo; debilidade da base de sustentação política; formas obsoletas de gestão; falta de compromisso com os serviços públicos; deficiências no suprimento de insumos" (PAIM, 2009, p. 28).

Em síntese, neste capítulo pudemos analisar alguns dos antecedentes mais remotos da ideia de Unidade Básica de Saúde, Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. Buscamos retroceder na história para: 1) evidenciar alguns dos determinantes históricos da constituição de nosso campo; 2) demonstrar que as terminologias AB e APS (que em muitos momentos têm sido utilizadas como sinônimos no Brasil) precisam ser analisadas à luz do contexto original e ideológico a que estão submetidos, cujos referenciais variam desde correntes francamente funcionalistas e reacionárias, até aquelas mais progressistas; e 3) destacar que são esses arranjos bem "verde-amarelos" que permitirão a emergência do NASF.

Gráfico 1: Espiral de complexidade das Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS[48].



3.5. A função apoio, suas origens e suas faces

Tendo em vista a necessidade de superar esses desafios e lacunas que foram se apresentando para a efetivação do SUS, mudanças recentes permitem vislumbrar o aparecimento de novos arranjos jurídico-institucionais, ideológicos e técnico-assistenciais. Alguns deles já foram inclusive explicitados nos capítulos anteriores. A Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004), o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a), a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012b), o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (BRASIL, 2008 e atualizado em BRASIL, 2012c), a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2010), o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ (BRASIL, 2012d), são alguns aparatos que podemos mencionar como fruto da tentativa de superar essas lacunas.

Por mais que todos estes aparatos sejam legítimos e dignos de explicitação, neste trabalho queremos destacar o aparecimento da função apoio como um dos aparatos importantes para a construção de novos arranjos que visam contribuir com a expansão do SUS. Em alguns momentos de sua recente história, esta função inspirou-se no criativo e comprometido trabalho de atores do

[48] Gráfico baseado na figura 2 apresentada por Andrade, Barreto e Bezerra (2006, p. 803).

SUS, como no caso do Apoio Paidéia, sistematizado por Campos (2007) e do apoio institucional, concebido pela PNH. Em outros momentos, ela aparece como função incorporada nas políticas oficiais do Ministério da Saúde (MS), tal como é o caso do apoio matricial e da cogestão presentes nas diretrizes do NASF e nas diretrizes que estabelecem o Apoio Institucional Integrado.

Etimologicamente, a palavra apoio tem origem no Latim (*ad + podiu*) e seu significado, de acordo com o dicionário etimológico Michaelis (2009), está associado a: arrimo, base, esteio, fundamento, tudo que serve para amparar, firmar, segurar, sustentar, auxiliar, proteger, socorrer. Também está relacionado a argumento, autoridade, prova, ou qualquer coisa que se autorize, ou se prove e a aprovação, assentimento. O termo *podiu* era empregado originalmente na arquitetura romana para designar a base alta onde se elevavam os templos.

A utilização do termo apoio no contexto da saúde brasileira se deu, de modo mais amplo, nos anos 2000[49], aparecendo em textos de caráter teórico-técnicos e científico-acadêmicos, para designar uma função ou uma metodologia de trabalho possível de ser desempenhada por um profissional ou por um grupo de profissionais da saúde. Alguns trabalhos recentes buscam tecer uma sistematização da função apoio no contexto da saúde e apresentam propostas de convenções terminológicas e conceituais (Fernandes, 2012; Oliveira, 2011). É comum encontrarmos, nos documentos oficiais do MS e em publicações acadêmico-científicas, a palavra apoio acompanhada por um descritor que a caracteriza em termos de modalidades distintas, tais como "apoio institucional", "apoio à gestão", "apoio matricial".

Estamos propondo a utilização do termo "faces" da função apoio, em detrimento do uso dos termos "tipos" ou "modalidades", justamente porque entendemos que a operacionalização dessa função permite o aparecimento de faces diversas no exercício do apoio em ato, com alternância dessas faces, em diferentes intensidades, mas de maneira não excludente. Ou seja, o que queremos dizer é que a operacionalização do apoio matricial não exclui a operacionalização do apoio institucional ou do apoio à gestão... Se um dispositivo opera no sentido da implementação da função apoio matricial, por exemplo, outras faces podem ser mobilizadas em conjunto e simultaneamente, em diferentes intensidades ou ênfases.

[49] Segundo Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003), no campo da Saúde Mental, o termo apoio foi utilizado em experiências iniciais desenvolvidas no contexto da Reforma Psiquiátrica, ainda na década de 1980, para designar o Núcleo de Apoio Psicossocial. Este dispositivo, ao ser incorporado posteriormente como política do MS, passou a ser denominado de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Podemos nos utilizar da metáfora do prisma para exemplificar o que estamos querendo dizer. O prisma é um objeto transparente delimitado lateralmente por diferentes faces planas. Trata-se de um objeto ótico capaz de refratar e decompor a luz branca em um espectro de cores. A intensidade das cores e a direção tomada pela luz que perpassa o objeto depende do grau de angulação de suas faces. A metáfora do prisma nos permite ilustrar a nossa concepção de como a função apoio se operacionaliza na equipe de NASF. Os fenômenos que incidem sobre ele (ou em sua direção), ao atravessá-lo, ganham a possibilidade de serem refratados, ou seja, de serem repensados, de serem redirecionados. Ou, como também na metáfora do prisma, os fenômenos que por ele perpassam podem ser decompostos em diferentes perspectivas teóricas e metodológicas, dada a diversidade de profissionais que o compõe.

Tal como no prisma, a intensidade das teorias ou metodologias empregadas ("das cores refratadas") na compreensão e intervenção sobre o fenômeno é determinada pelo ângulo da face utilizada. Essa é a metáfora que nos vem à mente para pensar a relação que se estabelece entre NASF e ESF. O NASF seria esse prisma que a ESF pode lançar mão como um objeto "ótico", capaz de transformar seu campo de "visão".

Mas, como dissemos, o NASF não é a única estratégia de saúde na qual se manifestam as faces da função apoio. Um dos autores importantes para tomarmos como referência na sistematização do conceito e na apropriação do termo apoio para área da saúde é Campos (2007; 1998). A partir de experiências que se iniciaram no município de Campinas – SP, Gastão W. S. Campos propõe o Apoio Paidéia. Segundo esse autor,

> O Conceito Apoio procura capturar todo este significado: não se trataria de comandar objetos sem experiência ou sem interesses, mas de articular os objetivos institucionais aos saberes e interesses dos trabalhadores e usuários. Tampouco se aposta somente nos recursos internos de cada equipe. O termo **Apoio** indica uma pressão de fora, implica trazer algo externo ao grupo que opera os processos de trabalho ou que recebem bens ou serviços. Quem apoia sustenta e empurra ao outro. Sendo, em decorrência, sustentado e empurrado por sua vez pela equipe "objeto" da intervenção. Tudo misturado e ao mesmo tempo (Campos, 2007, p.87, grifo do autor).

O Apoio Paideia foi construído a partir de experiências de trabalho vivo em ato, de reflexões teórico-metodológicas e da sistematização de novos aparatos conceituais. Buscando superar a lógica formal de produção taylorista incorporada na área da saúde, caracterizada pela fragmentação dos saberes e práticas, pela hierarquização dos serviços e pela dependência/supervalorização

teórico-técnica do especialismo e expertise, Campos (1998, p. 865) sistematizou o conceito de Unidade de Produção.

> Um primeiro passo na criação deste novo Método foi sugerir a modificação dos Organogramas dos serviços de saúde, em geral, inspirados no fayolismo e no taylorismo, criando 'Unidades de Produção'. Extinguir os antigos departamentos e seções recortadas segundo profissões, e criar outras Unidades mais conforme as lógicas específicas de cada processo de trabalho. Todos os profissionais envolvidos com um mesmo tipo de trabalho, com um determinado produto ou objetivo identificável, passariam a compor uma Unidade de Produção, ou seja, cada um destes novos departamentos ou serviços seriam compostos por uma Equipe multiprofissional.

A Unidade de Produção permite a emergência das denominadas Equipes de Referência e Equipes de Apoio. A Equipe de Referência é a menor unidade de poder em uma organização e sempre possui uma composição interdisciplinar.

> A Equipe e os Profissionais de Referência são aqueles que têm a responsabilidade pela coordenação e condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Objetiva ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários. O termo "responsabilidade pela coordenação e 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 (Cunha, Campos, 2011, p.964).

A Unidade de Produção denominada de Equipe de Apoio surge da necessidade que esta Equipe de Referência por vezes teria de receber o apoio matricial.

> O Apoio Matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, de maneira personalizada e interativa. Opera com o conceito de núcleo e de campo. Assim: um especialista com determinado núcleo, apoia especialistas com outro núcleo de formação, objetivando a ampliação da eficácia de sua atuação. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação (Cunha, Campos, 2011, p.964).

Nessa nova lógica proposta por Gastão W.S. Campos e vivenciada em diferentes contextos e dispositivos de saúde (Morais, Tanaka, 2012; Massuda, 2010; Carvalho, Campos, 2000) evidencia-se a indissolubilidade da atenção e da gestão, o que denota a emergência do apoio à gestão como uma face da função apoio também presente no Apoio Paidéia. O apoio se faz buscando superar a separação entre quem planeja e quem executa, incluindo a participação de gestores,

trabalhadores, atores, usuários na formulação, execução, avaliação do trabalho em saúde, promovendo gestão democrática do serviço. O apoio é, nesse sentido, um dispositivo de democratização.

> O Apoio Paidéia é uma postura metodológica que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão. Não se trata de uma proposta que busque suprimir outras funções gerenciais, mas de um modo complementar para realizar coordenação, planificação, supervisão avaliação do trabalho em equipe (Campos, 2007, p.85).

Em 2004, a PNH publicou um documento orientador intitulado "HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial", no qual é possível perceber a concordância entre as proposições feitas por Gastão W.S. Campos e as apresentadas pela PNH. Este documento problematiza o imperativo de reformar e ampliar a clínica e as práticas de atenção no sentido da integralidade e, para tanto, aponta para a necessidade investir na mudança da estrutura assistencial e gerencial dos serviços de saúde.

> É preciso criar novas formas de organização, novos arranjos organizacionais, capazes de produzir outra cultura e de lidar com a singularidade dos sujeitos. Esses novos arranjos devem ser transversais, no sentido de produzir e estimular padrões de relação que perpassem todos trabalhadores e usuários, favorecendo a troca de informações e a ampliação do compromisso dos profissionais com a produção de saúde. As equipes de referência e o apoio matricial são dois arranjos organizacionais que apresentam essas características de transversalidade (Brasil, 2004b, p.6).

Portanto, a PNH é outra referência importante na sistematização e na incorporação da função apoio nas políticas públicas de saúde. Para PNH, apoio significa envolver/incluir todos os atores do trabalho em saúde na discussão-problematização dos modos de gestão das relações de trabalho e dos modos como ela se expressa. Pressupõe a defesa de um pressuposto essencial: a recusa de qualquer forma de tutela.

> Apoiar, para PNH, é estar junto com os diferentes sujeitos que constituem os sistemas de saúde - gestores, usuários e trabalhadores - discutindo e analisando os processos de trabalho e intervindo nas formas como os serviços estão organizados, potencializando aqueles que trabalham e utilizam os serviços como protagonistas e corresponsáveis pela produção de saúde, combatendo qualquer relação de tutela ou deslegitimação do outro (Santos-Filho et al, 2009, p. 606).

Vasconcelos e Morschel (2009, p.733) afirmam que "segundo as diretrizes propostas pela PNH, apoio é uma função gerencial que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde". Como proposta para desfazer lógicas de

hierarquização dos serviços e verticalização das decisões, a PNH lança mão do apoio institucional como estratégia metodológica que objetiva construir espaços de análise e interferência no cotidiano, potencializando análises coletivas de valores, saberes e fazeres. Busca, desse modo, implementar e mudar práticas. Segundo Mori e Oliveira (2009, p.629),

> O apoio institucional é definido como acompanhamento qualificado do trabalho de equipes e tem, como característica principal, a oferta de estratégias metodológicas para implementação das diretrizes e dispositivos da Política. Ação de consultoria que coloca, em análise, os métodos de trabalho instituídos; incentiva trabalho cooperativo em equipe, de modo democrático, participativo e cogerido; estimula troca dos saberes, enfrentamento das disputas de poder, circulação de afetos, análise dos movimentos institucionais e criação de processos de trabalho que não distanciem as atividades da gestão e da atenção.

Tais sistematizações são pensadas e emergem da realização do trabalho em ato (práxis), o que demonstra a possibilidade de transformação social por meio da produção coletiva da saúde. São movimentos considerados instituintes, pois instauram um movimento de enfrentamento diante dos desafios institucionais do SUS, buscando superar as lacunas apontadas incialmente neste texto.

> A função de apoio institucional, conforme proposição de Passos, Neves e Benevides (2006), implica uma ação "entre", na interface entre produção de saúde e produção de subjetividade, entre análise das demandas e ofertas, entre as instituições de saúde e os movimentos que estranham seus funcionamentos, sejam eles movimentos sociais, analisadores sociais ou mesmo os movimentos sensíveis que operam aberturas e alteram os modos de sentir e perceber o mundo. Falamos, então, que o lugar do apoio funcionaria como um "não-lugar" (u-topos), já que ele se dá no movimento de coletivos, como suporte aos movimentos de mudança por eles deflagrados (Heckert, Neves, 2010, p.22).

Em 2006, a PNH fez um grande investimento no processo de formação de apoiadores institucionais e realizou o primeiro Curso Nacional de Formação de Apoiadores. O curso enfatizou a necessidade de uma ampliação da articulação em rede para sustentar a implementação da PNH, bem como a ampliação do coletivo responsável por essa frente. Nos investimentos subsequentes, prevaleceu o princípio da descentralização, ficando os projetos e coordenação dos processos de formação a cargo das coordenações regionais em parcerias locorregionais. Colegiados gestores locais, regionais e estaduais foram criados para capilarizar esses novos arranjos. O Apoio Institucional foi incorporado como uma estratégia metodológica de ação privilegiada, atravessando tais colegiados que funcionaram como Unidades de Produção (Brasil, 2010a).

As experiências exitosas que se acumularam por meio do Apoio Paidéia e do apoio institucional no âmbito da PNH acabaram por proporcionar a incorporação da função apoio em propostas oficiais do MS, tais como na criação do NASF e do Apoio Institucional Integrado.

Como este trabalho se propõe a focalizar as faces da função apoio no NASF, a seguir, um tópico inteiro será destinado a falar de sua sistematização. Portanto, passaremos agora para breves considerações sobre o Apoio Institucional Integrado.

O Apoio Institucional Integrado é uma recente estratégia metodológica proposta pelo MS para fortalecer a gestão do SUS, tendo em vista a implementação das políticas expressas no Plano Nacional de Saúde e nos dispositivos do Decreto no 7.508/11[50].

> É nesse contexto entre a autonomia e a necessidade de interação entre os entes federados, entre as especificidades de cada Secretaria/Política do MS e a necessidade de diminuir a fragmentação, da agenda estratégica do SUS e a singularidades dos contextos locais – que se insere a discussão da estratégia do Apoio Integrado como forma de potencializar uma maior horizontalidade e cooperação nas relações interfederativas, construindo a regionalização e as redes de atenção, contratualizando o desenvolvimento de práticas de atenção e de gestão que produzam acolhimento com ampliação do acesso e da qualidade no SUS (Brasil, 2011b, p.16).

O Apoio Institucional Integrado incorpora as sistematizações da função apoio já apontadas anteriormente e possui tríplice tarefa: "ativar coletivos, conectar redes e incluir a multiplicidade de olhares e práticas, interesses e desejos para produção de objetivos comuns, ampliando a capacidade de tecer uma rede de compromissos, de contratualização entre sujeitos" (Brasil, 2011b, p.16). Diante da recente formalização desta proposta, não encontramos publicações e relatos de experiências já realizadas no país.

Nosso esforço aqui não foi o de apresentar uma revisão sistemática da função apoio e de suas faces, mas o de recuperar um pouco de sua história e apresentar conceitos importantes que nos ajudarão a explicitar nosso entendimento de que a dinâmica da função apoio no NASF pode contribuir para a emergência da práxis psicossocial em saúde.

[50] Decreto 7.508, de 28 de Junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

3.6. NASF: as faces da função apoio e a práxis psicossocial

Recapitulando, o NASF **não** se constitui como "porta de entrada" do sistema de saúde, mas devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as Equipes de Saúde da Família (ESF). O NASF compartilha a responsabilidade do cuidado com as ESFs, buscando a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência. Com o apoio das diferentes especialidades que integram o NASF, as ESFs podem ampliar o processo de acompanhamento do cuidado no SUS. Retomando o que já mencionamos no primeiro capítulo, é nesse sentido que o NASF deve buscar instituir a integralidade do cuidado em saúde, por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das ESFs, no escopo da Atenção Básica (Brasil, 2008).

Acreditamos que este programa foi criado a partir das propostas acima apresentadas, institucionalizando aparatos de Unidades de Produção, Equipes de Referência e Equipes de Apoio. A Portaria nº154 demonstra que a criação do NASF reforça a ideia de reformulação dos arranjos gerenciais e processos de trabalho em saúde, estabelecendo o próprio NASF como uma unidade de produção que funciona como equipe de apoio para fortalecer as equipes de referência (as Equipes de Saúde da Família).

Reiterando as diretrizes relativas à AB, o NASF deve desenvolver suas ações em áreas estratégicas: saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares (BRASIL, 2009).

A história do NASF é recente e o estabelecimento dessa proposta é um pouco controvertida, principalmente no que diz respeito ao entendimento do que compete ao NASF. Para compreender essa proposta faz-se necessário examinar alguns documentos do MS, tais como: a Portaria nº 154 (Brasil, 2008), o Caderno de Diretrizes do NASF (Brasil, 2009), a Portaria nº 2488 (Brasil, 2011c) e a Portaria nº 3124 (Brasil, 2012c).

Como já exposto acima, a Portaria 154 estabeleceu a criação do NASF. Além disso, ela apresentou uma sistematização sucinta de suas atribuições e determinou a classificação dos NASFs em duas modalidades: NASF 1 e NASF 2. De acordo com esta primeira portaria, o NASF 1 poderia ser composto por, no mínimo cinco profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes entre: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico

Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional. O NASF 2 poderia ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes entre: Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional.

Esta portaria definiu que cada NASF 1 realizaria suas atividades vinculado a, no mínimo, 8 (oito) e a, no máximo, 20 (vinte) Equipes de Saúde da Família (ESF) e cada NASF 2 realizaria suas atividades vinculado a, no mínimo, 3 (três) ESF. Apresentou também algumas poucas excepcionalidades a essa regra, no caso de seu credenciamento junto às comunidades de difícil acesso.

Além disso, esta portaria também definiu: a quantidade de equipes que poderiam ser credenciadas de acordo com a quantidade de habitantes e quantidade de ESFs; a carga horária dos profissionais; o incentivo para o custeio de cada NASF; e apresentou um detalhamento de ações e responsabilidades dos profissionais do NASF.

Dois pontos costumam ser apontados como controvertidos nas definições apresentadas por essa portaria: 1) a quantidade de ESF, às quais os NASF estariam vinculados e 2) as ações apontadas como ações possíveis para os profissionais dos NASFs.

O primeiro ponto mostrou-se controvertido por dois extremos que foram ali apresentados: de um lado temos um exagero expresso na quantidade máxima de ESFs, às quais um NASF 1 deveria estar vinculado. Considerando que desenvolver um trabalho na lógica da corresponsabilização e do apoio não é tarefa fácil, como seria possível desenvolvê-lo na vinculação com 15 ou 20 ESFs? Por outro lado, a portaria não abria espaço para o credenciamento de equipes de NASF 2 em municípios pequenos, nos quais exista uma ou duas ESFs.

Em setembro de 2010, Portaria nº 2843 estabeleceu a criação da modalidade NASF 3. Essa terceira modalidade de NASF é outro reflexo desse controvertido, porém pujante programa, porque um ano depois, ela já fora revogada. A modalidade de NASF 3 fora criada inicialmente voltada para o desenvolvimento de atenção integral aos usuários de crack, alcool e outras drogas. Cada equipe de NASF 3, deveria, segundo a revogada portaria, estar vinculada a no mínimo 4 e no máximo 7 ESFs. Ela foi revogada pela Portaria nº 2488.

Buscou-se a superação das controvérsias anteriormente apresentadas com a aprovação da Portaria nº 2488 (Brasil, 2011c), a qual revogou a Portaria nº 154 e nº 2843. Modificou aspectos relacionados à carga horária de trabalho dos profissionais do NASF, redefiniu o número de ESFs

às quais cada NASF deveria estar vinculado e reapresentou parâmetros para a modalidade de NASF 3.

Sendo assim, a Portaria nº 2488 (Brasil, 2011c) definiu que cada NASF 1 deveria realizar suas atividades vinculando-se a, no mínimo, 8 (oito) Equipes de Saúde da Família e no máximo 15 (quinze). Cada NASF 2, por sua vez, deveria realizar suas atividades vinculando-se a, no mínimo, 3 (três) Equipes de Saúde da Família e no máximo 7 (sete). Os NASF 3, que foram suprimidos por essa portaria, deveriam tornar-se automaticamente NASF 2.

No entanto, esta ainda não foi à última posição do MS quanto a definição do número de equipes, às quais cada NASF deveria se vincular. A Portaria nº 3124 (Brasil, 2012) é a mais recente publicação do MS, que novamente redefiniu a quantidade de equipes de referência às quais cada NASF deve estar vinculado. Ela definiu que cada NASF 1 deve estar vinculado a no mínimo 5 (cinco) e a no máximo 9 (nove) Equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais); cada NASF 2 deve estar vinculado a no mínimo 3 (três) e a no máximo, 4 (quatro) Equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas; e cria novamente o NASF 3, mas agora propondo que cada NASF 3 deverá estar vinculado a no mínimo 1 (uma) e a no máximo 2 (duas) Equipes Saúde da Família e/ ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas.

Apoiando-nos no princípio da equidade e para evitar outras revisões e republicações de portarias, consideramos que uma maneira de colocar fim a essa controvérsia seria uma maior porosidade na proposição política oficial do NASF. Conferindo aos municípios a possibilidade de que eles avaliem o arranjo que melhor lhes fosse conveniente, eles mesmos poderiam definir e organizar-se em termos de quantidade de equipes de referência para cada NASF.

O segundo ponto de controvérsia da elementar da Portaria nº 154 diz respeito às competências e atribuições profissionais da equipe NASF. Só para citar alguns trabalhos, Fernandes (2012), Oliveira (2011) e Martiniano, et al. (2010) apresentam relatos de que ainda não há clareza quanto às especificidades do trabalho desses profissionais. Muitas vezes, o NASF acaba sendo utilizado como equipe de atenção especializada dentro da AB, descaracterizando a proposta de retaguarda e o apoio. Esta controvérsia se deu porque a lista de atribuições profissionais do NASF é grande e, dentre elas, uma ação citada é a de: “realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional” (Brasil, 2008, p.7). Isso abriu margem para alguns municípios interpretarem o NASF como uma possibilidade para implantação de uma espécie de centro de

especialidades na AB, com atuação de cunho ambulatorial, o que vai contra a ideia de criar novos arranjos gerenciais e de processos de trabalho em busca de uma produção mais coletiva da saúde. Nesse sentido, Cunha e Campos (2011, p. 968) reforçam:

> Evidentemente alguns problemas estruturais, como a escassez de serviços especializados, induzem sua [NASF] utilização equivocada de forma substitutiva (por exemplo, o apoio de um fisioterapeuta a uma equipe de saúde da família não substitui um centro de reabilitação), empobrecendo o atendimento e dificultando a compreensão da sua função.

O Caderno de Diretrizes do NASF, publicado em 2009, contribuiu para diminuir um pouco as dúvidas quanto aos processos de trabalho cabíveis ao NASF, ao afirmar que faz parte dos processos de trabalho dessa equipe:

> Intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários e/ou famílias, com discussão e negociação *a priori* com os profissionais da equipe de SF responsáveis pelo caso, de forma que o atendimento individualizado pelo NASF se dê apenas em situações **extremamente necessárias** e, quando ocorrer, **continuar mantendo contato com a equipe de SF, que não se descomprometeria com o caso**, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo NASF diretamente ao usuário, ou à família ou à comunidade (Brasil, 2009, p.20, grifo nosso).

Além do Caderno de Diretrizes, a Oficina de Qualificação do NASF (Brasil, 2010) também reafirmou essa ideia. Esses dois documentos são bastante semelhantes e ambos fazem maior detalhamento da proposta do NASF e fundamentam melhor a concepção da função apoio que se pretende instituir por meio dele.

> O correto entendimento da expressão "apoio", que é central na proposta dos Nasf, remete à compreensão de uma tecnologia de gestão denominada "apoio matricial", que se complementa com o processo de trabalho em "equipes de referência". [...] O apoio matricial será formado por um conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência (equipes de SF). Assim, se a equipe de referência é composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais na condução de problemas de saúde dos clientes, eles deverão acionar uma rede assistencial necessária a cada caso. Em geral é em tal "rede" que estarão equipes ou serviços voltados para o apoio matricial (no caso, os NASF), de forma a assegurar, de modo dinâmico e interativo, a retaguarda especializada nas equipes de referência (no caso, as equipes de Saúde da Família) (Brasil, 2009, p11-12).

Podemos perceber, portanto, que a função apoio no NASF está atrelada a face de Apoio Matricial. De acordo ainda com esses documentos do MS, o apoio matricial no NASF apresenta dupla função: suporte assistencial e técnico-pedagógico. A dimensão assistencial é aquela que vai produzir a clínica compartilhada para atendimento dos usuários, e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões podem e devem se misturar nos diversos momentos de sua intervenção.

> Para a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF, algumas ferramentas tecnológicas podem ser enumeradas, seja de **apoio à gestão**, como a Pactuação do Apoio, seja de apoio à atenção, das quais são exemplos: o **apoio matricial** (descrito anteriormente), a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Projeto de Saúde no Território (PST) (Brasil, 2009, p.24, grifo nosso).

Assim sendo, resumidamente temos que os processos de trabalho do NASF estão relacionados ao desenvolvimento de atendimento compartilhado, intervenção interdisciplinar, produção de troca de saberes, capacitação e responsabilização conjunta. Podem ocorrer intervenções específicas dos profissionais do NASF com os usuários e/ou famílias em situações especiais, conforme já mencionado acima, mas o NASF deve concentrar seus esforços no desenvolvimento de ações coletivas nos territórios de sua responsabilidade, desenvolvidas de forma articulada com as ESF, tais como o desenvolvimento do projeto de saúde no território, planejamentos, apoio aos grupos, trabalhos educativos, entre outros. Como assinalamos acima, as funções de apoio mencionadas nos documentos examinados referem-se ao Apoio à Gestão e ao Apoio Matricial, entendendo-os como estratégias privilegiadas para o desenvolvimento de mudanças necessárias nos modos de gerenciamento e atenção em saúde.

> Dentro de tal perspectiva, o NASF deve buscar superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsabilizada com a ESF. É a situação desejável, mas que não acontecerá de forma espontânea e natural. Sendo assim, 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, p. 8, grifo nosso).

Arranjos diversos, alguns exitosos, outros nem tanto, têm se estabelecido por meio da implementação do NASF, no Brasil (Garcia Júnior, Nascimento, 2012; Mendonça, 2012; Sampaio, et al., 2012; Vieira, Oliveira, 2012; Menezes, 2011). Existem 1.410 equipes de NASF registradas

no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES (Ministério da Saúde – Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, março de 2013). Destas, 07 equipes de NASF estão instaladas em Maringá – PR, município no qual desenvolvemos nossa pesquisa. Nossa pesquisa teve o intuito de perceber, por meio do trabalho em ato, um arranjo possível para a implementação da proposta do NASF. Para tanto, desenvolvemos esta uma pesquisa de campo, que nos permitiu acompanhar um dos NASFs de Maringá, entre julho de 2012 e julho de 2013.

Mas antes de apresentarmos a configuração do trabalho desenvolvido na pesquisa de campo com o NASF, queremos refletir: de que maneira os documentos acima mencionados nos permitem pensar no NASF como um dispositivo que pode contribuir para a produção da práxis psicossocial?

Bem, os documentos acima mencionados projetam o desenvolvimento do NASF como um programa de fortalecimento das ESFs, dispositivo estratégico de reorientação do modelo de atenção à Saúde no SUS.

Vimos, em capítulos anteriores, que as ESFs estavam encontrando muita dificuldade para: compor-se e manejar-se como equipe; estabelecer uma nova relação com as atividades baseada na nova concepção terapêutica; discutir casos e implementar projetos terapêuticos que ampliem a clínica, produzindo sujeitos, autonomia e cidadania.

O NASF, ao assumir as suas responsabilidades em regime de cogestão com as suas Equipes de Saúde da Família, objetiva a superação da fragmentação dos serviços e da lógica do especialismo, rumo à consolidação de redes de serviços que operam territorialmente e intersetorialmente, com a compreensão de que gestão e atenção, nos serviços de saúde, são dois âmbitos indissociáveis. Não se trata de uma equipe que faz o planejamento para a outra executar, mas da construção/gestão conjunta da execução. Visualizamos nisso, a indissolubilidade da gestão e da atenção. O NASF, sendo uma "outra" equipe de trabalho que se vincula a cada uma das ESFs de referência, tencionando-a a compartilhar sua práxis (seu saber-fazer). Assim, o encontro do NASF com suas ESFs,

> [...] é definida também por uma coordenação (gerência) comum e deve enfrentar a herança das "linhas de produção" tayloristas nas organizações da saúde, nas quais o poder gerencial estava atrelado ao saber disciplinar fragmentado e as chefias se dividiam por corporações. Por exemplo, a presença de uma chefia de enfermagem, outra chefia de médicos e outra ainda de ACS, em vez de uma coordenação (gerência) por equipe, aumentando a chance de fragmentação do trabalho em uma equipe de SF, produzindo uma tendência de responsabilidade maior para com uma atividade corporativa do que propriamente com o resultado final para o usuário. Na prática, essas chefias por corporações profissionais produzem arranjos que desvalorizam ou rivalizam com a desejável "grupalidade"

> da equipe, dando origem, assim, a diferentes "times": de ACS, de médicos etc. (BRASIL, 2009, p. 11).

No compartilhar da práxis, o NASF se propõe a ampliação da clínica por meio da ampliação de saberes e práticas que ele possibilita. Muitas outras áreas de conhecimento se juntam à ESF para pensar, planejar e propor a intervenção em seu território, para acolher e responder às demandas dos usuários, famílias e comunidades. Para tanto, o NASF faz uso da ferramenta apoio matricial. De acordo com as diretrizes do NASF:

> O apoio matricial apresenta as dimensões de suporte: assistencial e técnico-pedagógico. A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões podem e devem se misturar nos diversos momentos. Fica claro, portanto, que o conceito de apoio matricial tem uma dimensão sinérgica ao conceito de educação permanente. Como exemplo, podemos lembrar o fato de que não é possível a nenhum trabalhador em saúde esquivar-se de lidar em alguma medida com os afetos nas relações terapêuticas, por mais que se trate de um tema específico de psicólogos e psiquiatras. Cabe, portanto, aos profissionais da área psi, quando percebem dificuldades de uma equipe nesse campo, exercitar a dimensão técnico-pedagógica a partir das discussões de casos e temas, de forma a compartilhar seu conhecimento específico com a equipe de SF, para que possa lidar com esse saber e fazer dele conhecimento de todos (BRASIL, 2009, p. 12).

Esse apoio matricial, também será possibilitado pelo desenvolvimento conjunto de Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Projeto de Saúde no Território (PST).

> O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. É uma variação da discussão de "caso clínico". Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários (BRASIL, 2009, p. 27).

Vejamos que o PTS transparece uma concepção de terapêutica enquanto um cuidado integral, produzido horizontalmente e coletivamente por meio da relação entre os sujeitos (profissionais e usuários) que compartilham seus saberes e se responsabilizam conjuntamente pela produção da saúde.

Já no desenvolvimento do PST, visualizamos o compromisso do NASF com a concepção histórica e social do processo de saúde-doença; com o entendimento de que a intervenção em saúde

se faz no estabelecimento de uma relação entre sujeitos históricos, capazes de transformar a si mesmos e o mundo; com o resgate da cidadania dos usuários do SUS e com a premissa da saúde como um direito e dever do Estado.

> A partir do conceito ampliado da saúde e frente à complexidade crescente em se trabalhar com os determinantes sociais da saúde, coloca-se o desafio de se organizar estratégias de gestão que integrem os diferentes planos de cuidado existentes no território, seja voltado para as pessoas, famílias, grupo específico (gestantes, hipertensos etc.) e comunitário. O Projeto de Saúde no Território (PST) pretende ser uma estratégia das equipes de SF e do NASF para desenvolver ações efetivas na produção da saúde em um território que tenham foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades (BRASIL, 2009, p. 29).

Acreditamos que aí foram mencionados todos aqueles compromissos que no capítulo 2 deste trabalho, sistematizamos como sendo os compromissos da práxis psicossocial, o compromisso: 1) com a revisão histórica e social da concepção de saúde-doença; 2) com o entendimento de que a intervenção em saúde se faz no estabelecimento de uma relação entre sujeitos históricos, capazes de transformar a si mesmos e o mundo; 3) com o resgate da cidadania dos usuários do SUS e com a premissa da saúde como um direito e dever do Estado; 4) com a concepção de terapêutica como cuidado integral, produzido horizontalmente e coletivamente por meio da relação entre os sujeitos (profissionais e usuários) que compartilham seus saberes e se responsabilizam conjuntamente pela produção da saúde; 5) com a compreensão de que gestão e atenção, nos serviços de saúde, são dois âmbitos indissociáveis; e 6) com a superação da fragmentação dos serviços e da lógica do especialismo, rumo a consolidação de redes de serviços que operam territorialmente e intersetorialmente.

Até este momento, desenvolvemos nossa reflexão sobre o NASF como proposta ideológica e como política oficial (determinações de portaria e diretrizes). Resta-nos, agora, refletir sobre como isso está sendo vivenciado, experimentado no dia-a-dia do trabalho vivo e em ato. É sobre o trabalho em ato de uma equipe de NASF que queremos ainda tratar.

Apresentamos, no capítulo seguinte, uma análise do NASF como experiência.

4. AS SINGULARIDADES DA PESQUISA: das Redes de Atenção à Saúde de Maringá à práxis de um NASF

> *"O campo de ação do trabalho vivo em ato, na sua capacidade de imprimir novos arranjos tecnológicos e novos recursos para os atos produtivos em saúde, é o lugar central da transição tecnológica do setor saúde, e, portanto, o território em disputa pelas várias forças interessadas neste processo, tanto as implicadas com o capital, quanto as que se pautam pela defesa da vida individual e coletiva".*
>
> Emerson Elias Merhy

Neste capítulo, apresentamos a configuração do campo no qual nossa pesquisa foi realizada. Mencionamos alguns de seus aspectos contextuais; recuperamos alguns de seus aspectos históricos; delineamos alguns de seus contornos espaciais e institucionais; fizemos referência aos atores sociais que compõem esse cenário; e colocamos tudo isso em análise.

Esperamos que ao fazê-lo, tenhamos conseguido evidenciar que a história da Saúde Pública brasileira é uma história viva. Ou seja, tentaremos demonstrar que o próprio campo evidencia as muitas mudanças desencadeadas na história da Saúde Pública brasileira e os muitos desafios que ainda se apresentam para a sustentabilidade e amadurecimento do SUS e das Reformas Sanitária e Psiquiátrica. O campo nos ajuda a não perder de vista o fato de que a história da saúde se processa por meio do "trabalho vivo em ato".

A expressão "trabalho vivo em ato"[51], bastante utilizada por Emerson Merhy para debater o processo de produção do trabalho em saúde, refere-se ao trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado (MERHY, 2002). Merhy (2002) defende algumas teses para explicitar de modo mais aprofundado o sentido de sua expressão. Apresentarei apenas três delas:

> Tese 3 - o modo de o trabalho vivo em ato realizar a captura do 'mundo' como seu objeto é vinculado ao modo como o trabalho vivo que o antecedeu, e que agora se apresenta como trabalho morto, atua como um determinado processo de

51 Apesar de apontarmos os trabalhos desenvolvidos por Emerson Merhy como referência teórica para esclarecermos a expressão "trabalho vivo em ato", não podemos deixar de mencionar que esta expressão fundamenta-se na expressão marxiana "trabalho vivo". Marx (1982) desenvolveu o conceito de "trabalho vivo" na obra intitulada Maquinaria e Trabalho Vivo: os efeitos da mecanização sobre o trabalhador, originalmente escrita entre 1861-1863. Fonte: Revista Crítica Marxista. Extraído de "Zur Kritik der Politischen Okonomie (Manuskript 1861-1863)", traduzido do original alemão por Jesus I. Ranieri, *MEGA*, 11, 3.6, Berlim, 1982, pp. 2053-59.

> produção também capturante, mas agora do próprio trabalho vivo em ato, e que se expressa como um certo modelo (dentro de certo modo) de produção; Tese 4 - nesse modo de possuir, o trabalho vivo em ato opera como uma máquina de guerra política, demarcando interessadamente **territórios** e defendendo-os; e, como uma máquina desejante, **valorando e construindo um certo mundo para si** (dentro de uma ofensiva libidinal); Tese 5 – tal modo de possuir (como produção) **instrumentos** e **pedaços da natureza**, produzindo-os como ferramentas e objetos, dando-lhes uma **razão instrumental**, apresenta-se como **tecnologia**, como **saber** (MERHY, 2002, pp. 47-48, grifo nosso).

Dessa maneira, ao explicitarmos os territórios, os atores em cena, os instrumentos e os "pedaços de natureza" enfocados nessa pesquisa, tentaremos demarcar o mundo valorado e construído pelo trabalho produzido pela equipe de NASF que foi foco de nossa pesquisa. Esperamos assim perceber sua razão instrumental, bem como as tecnologias e saberes que o constituem, que o atravessam e que ele mesmo produz. Ou seja, esperamos verificar e analisar sua práxis.

Essa pesquisa foi desenvolvida junto a uma equipe de NASF, do município de Maringá, interior do Paraná. A experiência de campo foi realizada durante 12 meses (de julho de 2012 a julho de 2013).

O município de Maringá possui 07 equipes de NASF em sua Rede de Atenção Básica. A escolha do NASF a ser pesquisado foi sugerida pela coordenação dos NASFs de Maringá, por considerá-lo um núcleo consolidado e bem articulado nesta rede. A realidade de implantação e implementação de cada NASF nesse município não é homogênia. Há equipes que sofrem, ainda, muita resistência das equipes de referência (ou seja, das Equipes de Saúde da Família), as quais tem manifestado dificuldade para compreender a proposta e a finalidade do referido programa. Além disso, há equipes de NASF que sofreram problemas relacionados à rotatividade de profissionais. Há equipes incompletas. Há equipes em que os próprios profissionais do NASF tem dificuldade e/ou resistência para deixar de operar por uma prática clínico-assistencial, voltada diretamente para a população. Em função disso, nós acatamos a sugestão da coordenação e resolveram acompanhar a equipe considerada mais consolidada por entenderem que, para perceber as possibilidades e desafios de implementação dessa proposta, é necessário que a equipe não esteja em um momento tão incipiente de implantação, já que isso poderia supervalorizar os desafios e dificultar a percepção das possibilidades do programa.

Para desenvolvermos a pesquisa de campo, fizemos uso das ferramentas metodológicas de observação participante, entrevistas semiestruturadas e grupos de discussão. Elas nos permitiram

estabelecer uma relação cotidiana com os profissionais do NASF pesquisado, com os profissionais das equipes de referência, com gestores, com diferentes profissionais e usuários das UBSs, nas quais o NASF pesquisado desenvolve a função apoio. A pesquisa foi devidamente submetida à Plataforma Brasil e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESP/Assis, sob o protocolo de nº 01279712.3.0000.5401.

Utilizando as ferramentas metodológicas acima citadas, foram dedicadas aproximadamente 200 horas para a coleta de dados.

A observação participante possibilitou que a fossemos parte integrante de nossa pesquisa, como participante/sujeito em 50 atividades. Acompanhamos a equipe do NASF onde quer que suas atividades fossem desenvolvidas. Nossa presença era previamente negociada com a equipe para que pudéssemos nos organizar e nos fazer presente nos diferentes locais e diferentes horários em que elas eram realizadas, sendo devidamente autorizada pelos profissionais da equipe e demais envolvidos. As atividades que tivemos a oportunidade de acompanhar foram: 19 reuniões entre a equipe de NASF e as ESFs às quais essa equipe de NASF estava vinculada; 07 reuniões gerais das UBSs; 04 reuniões de Grupo de Trabalho e Humanização (GTH); 04 atividades em grupo voltadas à promoção da saúde; 02 atividades de sala de espera; 02 visitas domiciliares; 02 reuniões de participação social (sendo uma, a Conferência Municipal de Saúde de 2013); 01 passeio com grupo de prevenção aos agravos à saúde; 02 reuniões de Apoio Matricial desenvolvidas pelos CAPS, realizadas nas UBSs juntamente com a equipe de NASF; 03 ações de apoio institucional relacionadas ao APSUS 2013; 01 ação de apoio institucional relacionada ao PMAQ 2012; e 03 reuniões de apoio institucional à Rede de Prevenção e Atenção à Violência. Todas essas atividades foram registradas em nosso diário de campo.

Durante essas horas de realização da observação participante, em momento oportuno, propusemos o desenvolvimento de grupos de discussão sobre o tema da pesquisa, com a participação de profissionais e gestores do serviço, vinculados à equipe do NASF pesquisado. O tema para discussão nesses grupos foi levantado a partir da própria experiência de observação participante e das entrevistas realizadas com os profissionais, tendo sido eleita a seguinte questão norteadora para a discussão: “após três anos de implementação do NASF, como temos pensado, entendido e avaliado essa proposta?”. Ocorreram 09 grupos de discussão, pois os mesmos foram realizados em momentos diferentes, abrangendo as 09 Equipes de Saúde da Família, referenciadas a esse NASF. As discussões desenvolvidas também foram registradas em nosso diário de campo.

Além dessas atividades, realizamos entrevistas semiestruturadas com 20 profissionais envolvidos com esse campo. A realização das entrevistas gerou mais de 13 horas de gravação em áudio[52]. As mesmas foram transcritas, resultando nas mais de 110 páginas que estão apresentadas no anexo C. Os profissionais entrevistados foram:

- 02 gestores municipais: a Coordenação Municipal da Rede de Atenção Básica (Gestor RAB) e a Coordenação da Rede de Atenção Psicossocial (Gestor RAPS);
- os 07 profissionais que integram o NASF pesquisado (Profissional do NASF 01 a 07);
- 11 profissionais das 03 UBSs, nas quais o NASF pesquisado desenvolve suas atividades profissionais. O critério de inclusão/exclusão dos profissionais das UBSs foi a categoria profissional a que eles pertenciam e/ou o cargo que ocupavam nas mesmas. Sendo assim, foram entrevistados os gestores locais das UBSs, ou seja, os profissionais que ocupam o cargo de direção das mesmas (Direção UBS 01 a 03). Entrevistamos todos os psicólogos que trabalhassem nestas UBSs vinculadas ao NASF pesquisado, ou seja, 05 psicólogos. O que justifica a escolha por esta categoria profissional é o fato de que a pesquisa versa sobre a política de saúde mental na Atenção Básica. Os psicólogos, especialmente no município que analisamos, são os profissionais predominantemente contratados para atuar no âmbito da saúde mental. Os outros 03 profissionais foram definidos por serem pertencentes a outras categorias profissionais presentes nas UBSs: enfermeira assistencial, médico e assistente social.

Para preservar a identidade dos profissionais entrevistados, utilizamos os descritores apresentados entre parênteses acima, no momento em que nos referimos às suas falas. Estes 08 últimos profissionais das UBSs foram designados nas entrevistas pelo descritor "Profissional" associado a uma letra do alfabeto (Profissional A, B, C... H), seguido pela menção da UBS na qual desenvolve suas ações profissionais (por exemplo: Profissional D, UBS 02). Todos os participantes das entrevistas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)[53].

Por meio da realização de toda essa experiência de campo pudemos conhecer as propostas e ações desenvolvidas pelos profissionais da equipe do NASF pesquisado e sua relação/interação com os demais profissionais que compõem as 03 UBSs e as 09 ESFs, às quais este NASF está vinculado. Mas, além disso, todo esse trabalho de campo nos permitiu visualizar, mais de perto,

[52] Apenas uma profissional não autorizou que a entrevista fosse gravada em áudio.

[53] Modelo do TCLE apresentado em anexo (Anexo A).

como estão configuradas as Redes de Atenção à Saúde em Maringá, principalmente, é claro, aquelas que são tocantes a esta pesquisa. Essas vivências de aproximação com o campo nos permitiram, até mesmo, checar documentos, dados e informações históricas que nos ajudaram a traduzir e evidenciar, neste trabalho, os arranjos percebidos.

Entendemos que o trabalho de sistematização das informações coletadas não pode ser destacado da análise. Não temos como (e nem desejamos) apresentar primeiro a descrição do que levantamos, observamos, ouvimos, sentimos e participamos, para depois analisá-los. Já mencionamos no início desse trabalho que, para a metodologia que estamos utilizando, é impossível ficarmos neutros diante dos dados da pesquisa que se apresentam diante de nós. O modo como selecionamos os dados e os registramos já é uma maneira de interpretá-los e, portanto, de analisá-los.

Entretanto, diante da diversidade do material levantado, tivemos a necessidade de desenvolver a análise em "etapas". Foi como se estivéssemos desvelando o material em camadas, em busca de trazer à superfície novos elementos, os quais foram permitindo o aflorar de novos debates.

A ilustração que nos veio à mente durante esse processo de análise foi a do ato de descascar uma cebola. À medida que retiramos uma camada, outra é trazida à superfície e novos aspectos podem ser observados. Todas as camadas são constituintes do fenômeno em análise. Para uma melhor compreensão das dimensões fenômeno, o conjunto de todas as camadas é importante, mas cada camada tem suas particularidades e dimensões. O fenômeno está presente nas singularidades de cada camada e as singularidades de cada camada estão presentes no fenômeno como um todo, de modo que a relação entre as singularidades na constituição conjuntural do fenômeno é que nos permite compreendê-lo e desvelá-lo. Mas, assim como acontece com a cebola, nos perguntamos: ao desvelar suas camadas, o que nos resta? O vazio? Não. A convicção de que o que fez aquela cebola ser aquela cebola foram as suas camadas. Não houve uma essência a ser "descoberta", mas a constituição de um fenômeno é que foi analisada.

Com isso queremos dizer que nossa análise não teve a intensão de desvelar a "verdadeira natureza" do NASF, nem a sua essência ou coisa do tipo. O que pudemos realizar foi uma compreensão de como esse NASF, especificamente, produz sua práxis. Analisamos de que maneira essa práxis, por ele produzida, aproximou-se ou distanciou-se de uma práxis psicossocial.

Para tanto, primeiro, sistematizamos informações referentes à configuração contextual e estrutural das Redes de Atenção à Saúde de Maringá afetas a essa pesquisa. Ou seja, procuramos identificar determinantes e condicionantes sociais que as constituem. Muitas dessas informações foram extraídas dos dois últimos Planos Municipais de Saúde (MARINGÁ, 2010 e MARINGÁ, 2014) e de Institutos de Pesquisa (IBGE e IPARDES). Ao desvelar essa primeira camada, já pudemos apresentar algumas análises conjunturais desse campo.

Em seguida, focalizamos os aspectos histórico-estruturais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Maringá. Para desvelar essa a segunda camada, buscamos analisar portarias, decretos, atas de reuniões, relatórios de atividades e de conferências municipais, entre outros documentos. Desvelar essa segunda camada de análise nos permitiu dimensionar historicamente as fragilidades de nossa RAPS. Mas, também nos permitiram visualizar pontos de interseção e integração dessa rede, os quais podem ser potencializados pela práxis desse NASF.

Por fim, concentramo-nos em apresentar e analisar a práxis do NASF pesquisado. Reunimos e sistematizamos informações relativas às atividades das quais participamos, como sujeitos observadores. Ao fazê-lo percebemos que tínhamos diante de nós diferentes contextos de atuação. Dessa maneira, pudemos apresentar 07 categorias empíricas que expressam 07 contextos de trabalho diferentes, nos quais o NASF pesquisado desenvolve suas ações. Nesses contextos, identificamos alguns dos instrumentos e ferramentas de trabalho que vêm sendo utilizados. Isso resultou no reconhecimento de mais 03 categorias empíricas relativas aos seus processos de trabalho. Esses processos de trabalho, por sua vez, evidenciaram outras 03 categorias empíricas, sendo estas últimas, categorias ideológicas, relacionadas às concepções que atravessam e constituem os contextos e os processos de trabalho desse NASF. Buscamos desenvolver essa analise a luz do debate teórico apresentado anteriormente e à luz da filosofia da práxis. Para desvelar essa terceira camada, extraímos informações do diário de campo, das entrevistas e grupos de discussão.

Então, vamos ao campo!

4.1. Determinantes e condicionantes sociais da configuração das Redes de Atenção à Saúde (RAS) de Maringá: desvelando a primeira camada

Maringá o terceiro maior município do Paraná, considerado um município de porte médio-grande54, com 385.753 habitantes e abrangência territorial de 487.930 km (IBGE, 2013). Está localizado na mesorregião norte central desse estado, há uma distância de 436 km da capital (Curitiba). É a principal cidade de sua microrregião, sendo o município sede da 15ª Regional de Saúde do Paraná e, portanto, é referência para os demais 29 municípios que a constituem. Sua Região Metropolitana conta com 679.324 habitantes (IBGE/2013). Está limitada pelos municípios de Ângulo, Astorga e Iguaraçu, ao norte; Floresta, ao sul; Marialva e Sarandi, ao leste; e Paiçandu e Mandaguaçu, ao oeste.

De acordo com o texto "Perfil da cidade de Maringá" (MARINGÁ, 1996), a ocupação, exploração e colonização da região norte central do Paraná iniciou-se logo após a Primeira Guerra Mundial. Em 1923, em função de uma dívida que o Brasil adquirira com a Inglaterra, representantes do governo britânico vieram ao Brasil (em uma comitiva liderada por Edwin Samuel Montagu, ex-secretário de finanças do tesouro britânico) para tentar negociá-la. Juntamente com eles, outros ingleses vieram interessados em explorar novas terras. Entre os membros da comitiva estava Simon

[54] Utilizamos a terminologia "porte médio-grande" tendo em vista que a mesma foi utilizada no Plano Municipal de Saúde 2014/2017 (MARINGÁ, 2014, p. 7). No entanto, não existe uma padronixação fixada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para caracterizar as cidades como sendo de pequeno, médio ou grande porte. Não encontramos em nenhum dos registros desse instituto uma descrição das cidades utilizando esta nomenclatura. Sendo assim, nós o consultamos informalmente por telefone e um de seus técnicos nos transmitiu a informação de que as cidades são agrupadas por faixa populacional (até 5 mil habitantes, de 5mil a 10 mil, de 10mil a 20 mil, de 20 a 50 mil, de 50 a 100 mil, de 100 mil a 500 mil, de 500 mil a mais de 1 milhão), sem entretanto, caracterizá-las como pequenas, médias ou grandes. Essa maneira de caracterizá-las é comum nas políticas públicas de saúde e assistência, mas elas não são coincidentes. A Norma Operacional Básica do Sistema Único da Assistência Social (NOB/SUAS, BRASIL, 2005), caracteriza os municípios de até 20.000 habitantes como sendo municípios de pequeno porte 1, municípios de pequeno porte 2: vão de 20.001 até 50.000 habitantes, municípios de médio porte são aqueles de 50.001 até 100.000 habitantes e municípios de grande porte tem estre 100.001 até 900.000 habitantes (BRASIL. Norma Operacional Básica: NOB/SUAS– Construindo as bases para a implan-tação do Sistema Único da Assistência Social. Brasília, DF, 2005). Já na política pública de saúde mental, por exemplo, outro tipo de caracterização acabou sendo difundido pela Portaria nº 336 (BRASIL, 2002), mas não de maneira direta. Por estabelecer diferentes modalidades de serviços, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, convencionou-se a dizer que municípios de 20 mil a 70 mil são de pequeno porte, de 70 mil a 200 mil são de médio porte e acima de 200 mil são de grande porte. Entretanto, os municípios com população abaixo de 20 mil ficam fora dessa caracterização. No urbanismo, existe mais uma maneira diferente de caracterizá-las. Até 50 mil elas são caracterizadas como cidades pequenas, de 50 a 100 mil como média-pequenas, de 100 mil a 300 mil como médias, com mais de 500 mil são cidades grandes e assim por diante para definir outras categorias como metrópoles, megalópoles e cidades globais (OSÓRIO, L. M. (Org.). Estatuto da Cidade e Reforma Urbana. Novas Perspectivas para as Cidades Brasileiras. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 2002).

Joseph Fraser, o 16º Lorde Lovat da Escócia, que viajou objetivo de procurar terras férteis para cultivar algodão, matéria-prima imprescindível para a indústria têxtil britânica. Esses ingleses encontraram, no Brasil, o norte do Paraná, que contava com a presença de desbravadores paulistas e mineiros desmatando terras com o objetivo de plantar café.

A fertilidade da denominada "terra roxa" (expressão popularizada após a chegada de imigrantes italianos, que assim a chamavam por causa do tom avermelhado da terra – *rosso,* no italiano, significa vermelho) atraiu os investidores ingleses que fundaram na região a empresa *Brazil Plantation Sindicate*, empresa responsável pelo gerenciamento de suas propriedades em terras brasileiras. Em junho de 1925 foi fundada a *Paraná Plantations Company*, empresa de Londres que comandaria a subsidiária Companhia de Terras Norte do Paraná, no Brasil. Em 1944, a empresa foi adquirida por empresários brasileiros ligados a Gastão Vidigal, Gastão de Mesquita Filho, Arthur Bernardes Filho e os irmãos Soares Sampaio. Passou, então, a ser denominada de Companhia Melhoramentos Norte do Paraná.

Estas são as origens da região, assentada, portanto, na produção agrícola do café e do algodão. Em 1942, já havia por essas terras um pequeno povoado que servia como ponto de apoio aos pioneiros desbravadores que já haviam começado a trabalhar nas propriedades rurais locais. Esta área hoje é chamada de Maringá Velho.

O projeto urbanístico da cidade de Maringá é datado de 1943 e assinado pelo urbanista paulista Jorge de Macedo Vieira, adepto do conceito de "Cidade Jardim"[55]. O traçado de Maringá foi desenhado com largas avenidas, canteiros que valorizavam o paisagismo e ruas que seguiam a inclinação natural do relevo o mais fielmente possível.

Em 1947, Maringá ainda era um distrito de Mandaguari. No ano seguinte, em 1948, Maringá foi elevada à categoria de vila, tornando-se um município independente em 14 de novembro de 1951, incluindo os distritos de Iguatemi, Floriano e Ivatuba como parte de seu município.

A região de Maringá sofreu grande influência de imigrantes japoneses, devido ao grande número destes que aqui chegaram após as guerras. A colonização da cidade também teve forte influência de imigrantes italianos e alemães. Depois outros grupos de imigrantes foram chegando,

[55] Conceito elaborado pelo britânico Ebenezer Howard e responsável pelo projeto de inúmeros bairros de São Paulo, capital.

como os portugueses, poloneses, espanhóis, ucranianos, árabes, judeus, entre outros, constituindo a nossa atual sociedade.

A agricultura continua a ser fundamental para Maringá, apesar de sua importância ter diminuído nos últimos anos. A atividade agrícola diversificou-se, e além do café e algodão, hoje se planta milho, trigo, rami, feijão, amendoim, arroz, cana-de-açúcar e, principalmente, soja.

O setor industrial ainda não é tão expressivo como a agricultura, mas vem crescendo. O município tem um parque crescente que lida com tecelagem e agroindústria. As principais indústrias estão no ramo das confecções.

Economicamente, Maringá se destaca atualmente pelo setor de comércio e prestação de serviços:

> A economia predominante na região é o comércio varejista e a prestação de serviços, principalmente no setor saúde, educação, alimentos e vestuário, acrescida do aquecimento no setor imobiliário, com a abertura de novos loteamentos e do processo de verticalização com o aumento na oferta de vagas na construção civil. Além disso, por situar-se numa localização de entroncamento viário, vem crescendo nos últimos anos a instalação de indústrias e grandes empresas no município. Em função disso, atrai populações de várias regiões brasileiras à procura de novas oportunidades de trabalho, além dos trabalhadores que residem em municípios conturbados com Maringá, mas trabalham em nosso território. Tal cenário demanda do setor saúde uma política de atenção à saúde do trabalhador (MARINGÁ, 2014, p. 23).

Maringá é um importante polo microrregional na prestação de serviços de saúde, contando com hospitais públicos e privados: Hospital Universitário da Universidade Estadual de Maringá, Hospital Municipal, Hospital do Câncer, Hospital e Maternidade Maringá, Hospital Santa Casa de Misericórdia, Hospital Psiquiátrico de Maringá, Hospital Santa Rita, Hospital São Marcos, Hospital Memorial Uningá, Hospital de Olhos de Maringá e Hospital Paraná.

A cidade está subdividida em zonas fiscais, começando pela Zona 01 (onde fica localizado o Centro Financeiro da cidade), terminando na Zona 50, além de bairros, loteamentos e dois distritos (Floriano e Iguatemi). As zonas fiscais tem função meramente administrativa. Na área de abrangência territorial do município existem 03 áreas de conservação de matas nativas. É considerada uma das cidades mais arborizadas e limpas do país. Trata-se de uma cidade de urbanização recente que se destaca pela qualidade de vida oferecida aos seus moradores (MARINGÁ, 2014).

Atualmente, Maringá tem um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,808, o qual é considerado muito alto, segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2010). É o 68º PIB do país (R$ 8.263.628,00), de acordo com o IBGE (2010). 95,1% das pessoas são alfabetizadas e 98,4% da população vive na área urbana. É 7ª cidade com melhor saneamento básico do Brasil. "Quanto ao saneamento básico, 99% dos domicílios de Maringá estão ligados à rede de água tratada e coleta de lixo, enquanto que a rede de esgoto tem cobertura de 85,73% de coleta, o qual é 100% tratado. A média nacional é de 35%" (MARINGÁ, 2014, p. 23). Foi considerada a cidade mais segura do Brasil, segundo dados do IPEA (2005), com índice de homicídio de 7,94 para cada 100 mil habitantes e com baixos índices de criminalidade.

De acordo com o Instituto Paranaense de Desenvolvimento Social (IPARDES, 2013), a população idosa da cidade vem crescendo a cada ano, sendo que, em 2010, o índice de pessoas com 60 (sessenta) anos ou mais atingiu o percentual de 12, 14%, ou seja, 43.373 pessoas. Segundo o mais recente Plano Municipal de Saúde (MARINGÁ, 2014, p. 8), existe uma preocupação com o desenvolvimento de ações preventivas, pois "uma população em processo rápido de envelhecimento significa um crescente incremento relativo das condições crônicas, por atingir os segmentos de maior idade".

Além disso, esse atual Plano Municipal de Saúde preza pelo desenvolvimento de ações de promoção da saúde, em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS):

> Fundamentado nestas diretrizes [da PNPS], o município de Maringá vem investindo há alguns anos em ações voltadas para a promoção e prevenção em saúde, sob coordenação do Programa Maringá Saudável. Para isto, a Secretaria de Saúde tem buscado diversas parcerias da esfera pública e privada para dar continuidade ao fortalecimento desta política, que se constitui em uma das prioridades da gestão. Maringá tem como foco o controle do tabagismo, da obesidade, a prevenção das violências, acidentes, alcoolismo, drogadição, o investimento em hábitos alimentares saudáveis e o incentivo à prática de atividade física. A Prefeitura de Maringá oferece equipamentos públicos para prática de atividades saudáveis, entre eles podemos salientar: 52 Academias da Terceira Idade (ATI) e 12 Centros Esportivos (MARINGÁ, 2014, p. 24).

Ainda no que diz respeito à promoção da saúde, o município implantou 29 Hortas Comunitárias, as quais proporcionam acesso a uma alimentação mais saudável e constituem-se como fonte de renda aos produtores, garantindo sua sustentabilidade.

A taxa bruta de natalidade desse município é de 13,01 por mil habitantes (IPARDES, 2013) e o número médio de filhos por mulher, em 2010, foi de 1,86 (MARINGA, 2014). Segundo o Plano Municipal de Saúde (MARINGÁ, 2014), o Coeficiente de Mortalidade Infantil do município é menor que o coeficiente nacional (já apontado na p. 45). Em 2011, este coeficiente foi de 10,5 óbitos por mil nascidos vivos. Entretanto, em 2008 o município já havia alcançando um coeficiente ainda menor (8,4 óbitos por mil nascidos vivos). Em relação a esse aumento constatado no município, o Plano Municipal de Saúde (MARINGÁ, 2014) apontou que o percentual de nascimentos prematuros no ano de 2011, foi 13,3%, favorecendo a ocorrência de óbitos infantis. A referência nacional de partos prematuros é de 6,7%. Esse dado tem provocado mudanças na assistência materno infantil:

> Em 2012 foram implantados novos processos da assistência da Rede Cegonha/ Rede Mãe Paranaense, em parceria com o Estado e o Ministério da Saúde. No município, foi implantado o Programa Mãe Maringaense que incorporou todos os dispositivos das redes nacional e estadual e investirá no transporte sanitário das gestantes e crianças de alto risco para os ambulatórios e hospitais de referência no atendimento dessa clientela (MARINGÁ, 2014, p. 21).

Os eventos relacionados à gravidez, parto e puerpério estão em primeiro lugar dentre as causas de internações hospitalares pelo SUS, no referido município (MARINGÁ, 2014). As causas externas ocupam a segunda posição. Porém, este documento não apresentou o percentual correspondente a essas ocorrências, nem mencionou outros motivos de internação ocorridas em Maringá, nos anos de 2011 a 2013.

O Plano Municipal de Saúde anterior (MARINGÁ, 2010) apontou que, em 2008, a gravidez, parto e puerpério também foram a 1ª causa de internações ocorridas no município, correspondendo a 14,69% do total das internações. Porém, elas eram seguidas dos transtornos mentais e comportamentais, que correspondiam a 13,66% das internações ocorridas em Maringá. As doenças do aparelho circulatório ficaram em terceiro lugar naquele ano, sendo o motivo de 9,94% das internações.

Apesar da mudança no quadro de causas de internação em Maringá, as doenças do aparelho circulatório continuam a liderar as causas de morte no município, tal como ocorre em todo país. Essas mortes estão relacionadas especialmente ao diabetes, ao AVOCÊ e ao infarto agudo do miocárdio. Apesar disso, observa-se que, no referido município, tem ocorrido um declínio da taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório e do aparelho respiratório e um aumento da

taxa de mortalidade por causas externas, a qual passou a ser a 3ª causa de mortalidade em 2012, acompanhando as taxas nacionais. Essa mudança se deve principalmente aos homicídios e acidentes de trânsito. De acordo com a avaliação feita pelo Plano Municipal de Saúde (MARINGÁ, 2014, p. 14), quanto "... a mortalidade por causas externas, em 2012, observa-se que, dos 237 óbitos ocorridos, 175 foram do sexo masculino (73,8%), sendo que os acidentes lideram, seguidos dos homicídios, suicídios e quedas". Apesar disso, o documento salienta que "a taxa de homicídios no sexo masculino em Maringá é duas vezes menor do que a média brasileira" (MARINGÁ, 2014, p. 14). Em segundo lugar, dentre as causas de morte permanecem as neoplasias, desde 2005.

No que diz respeito à Rede de Atenção Hospitalar, destinada aos atendimentos em nível de alta complexidade, o Plano Municipal de Saúde (MARINGÁ, 2014), relatou que a gestão de leitos hospitalares efetivos e de destinação ao SUS sempre foi um dos grandes problemas na gestão da saúde pública de Maringá. De acordo com esse documento, o número de leitos disponibilizados pelo SUS passou de 740, em 2002, para 799, em 2012. Isso quer dizer que em 10 anos, o número de leitos cresceu 7%, enquanto que a população cresceu 19%. Se esse crescimento desproporcional fosse compensado pela diminuição da quantidade de internações possibilitada pela ampliação dos cuidados efetuados no nível da Atenção Básica e da média complexidade, essa situação não seria tão lamentada. Porém,

> Apesar de todas as mudanças ocorridas no setor saúde nos últimos anos após a implantação do SUS, especialmente com a incorporação da Estratégia Saúde da Família, observa-se que o modelo de assistência, não só em Maringá como em todo país, continua dando ênfase na doença, no indivíduo, no atendimento médico, nas tecnologias duras, na livre demanda e na produção de serviços (MARINGÁ, 2010, p. 16).

Essa situação fica ainda mais difícil quando levamos em conta os outros condicionantes e determinantes sociais já mencionados acima, tais como: o envelhecimento da população e prevalência de doenças crônicas que tende a acometer a população de maior idade; o aumento considerável de internações por causas externas (acidentes, homicídios e quedas); e ainda o fato de que o município de Maringá é referência na atenção hospitalar para os outros 29 municípios da 15ª Regional de Saúde.

> Segundo o Ministério da Saúde (Portaria 1.101/2002), o parâmetro utilizado para calcular o número de leitos é de 3 leitos por 1.000 habitantes. Assim, para a população residente, seriam necessários 1.102 leitos. No entanto, há que se considerar que o município é polo de uma região com mais de 1,7 milhões de

> habitantes que utilizam alguns dos serviços hospitalares de alta complexidade do SUS na cidade de Maringá. Dos 1.102 leitos necessários, a taxa de utilização pelo SUS é de aproximadamente 70%, ou seja, 771 leitos. Dados das internações hospitalares do SUS demonstram que 30% dessas, são de residentes em outros municípios. Assim, seriam necessários 1.002 leitos/SUS para atendimento da demanda. (MARINGÁ, 2014, p. 27).

O Plano Municipal de Saúde, portanto, apresenta uma defasagem de 206 leitos/SUS para atendimento da demanda de Maringá e região. Mas, o documento problematiza um pouco mais essa questão, pois aponta que dos 799 leitos/SUS disponibilizados, 266 são disponibilizados pelo Hospital Psiquiátrico (240 leitos/SUS) e Emergência Psiquiátrica (26 leitos/SUS), os quais referenciam leitos psiquiátricos para a 11ª, 13ª e 15ª Regionais de Saúde. Achamos interessante apresentar o quadro de instituições hospitalares, segundo o número de leitos existentes e leitos/SUS em Maringá, no ano 2013:

Quadro 1 – Instituições hospitalares, segundo o número de leitos existentes e leitos SUS em Maringá/PR, 2013.

HOSPITAIS	**LEITOS EXISTENTES**	**LEITOS/SUS**
Hospital Psiquiátrico	272	240
Hospital Universitário Regional	**31 PA + 66 + 20 UTI + 6 UCI**	**31 PA + 66 + 20 UTI + 6 UCI**
Hospital do Câncer	96 + 6 UTI	65 + 4 UTI
Hospital Santa Rita	162 + 45 UTI	67 + 17 UTI
Hospital Santa Casa	190 + 35 UTI	116 + 20 UTI
Hospital Municipal	**68 + 26 EP**	**68 + 26 EP**
Hospital e Maternidade de Maringá	68 + 6 UTI	0
Hospital Memorial Uningá	44 + 6 UTI	44 + 6 UTI
Hospital São Marcos	65 + 7 UTI	1
Hospital de Olhos de Maringá	3	2
Hospital Paraná	79 + 13 UTI	0
TOTAL	**1.314**	**799**

Fonte – Gerência de Auditoria, Controle e Avaliação (GACA) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), apud Maringá, 2014, grifo nosso.

Vejamos que, atualmente, Maringá disponibiliza 1.314 leitos hospitalares. Destes, 799 (60,8%) são leitos/SUS. Os leitos/SUS estão distribuídos entre 11 estabelecimentos, dentre os quais, apenas 02 deles (Hospital Universitário Regional e Hospital Municipal) são entidades públicas, disponibilizando 27,15% dos leitos/SUS. O restante dos leitos/SUS, ou seja, 72,85% deles estão sendo disponibilizados nas outras 09 entidades acima referidas, as quais são entidades privadas e filantrópicas.

Analisemos um pouco mais. Dos 799 leitos/SUS existentes em Maringá, 240 (30,03%) são leitos psiquiátricos credenciados pelos SUS, disponibilizados em um hospital psiquiátrico privado,

cujo nome empresarial é Sanatório Maringá LTDA. Além disso, o atual Plano Municipal de Saúde não mencionou o fato de que, do total de leitos disponibilizado pelo Sanatório Maringá (272 leitos, como aponta a tabela acima), 12 leitos são destinados para adolescentes e mantidos pele governo estadual, como uma medida de tratamento ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Ainda como medida de tratamento para uso abusivo de álcool e outras drogas, o município disponibiliza vinte leitos, credenciados pelo SUS, na Comunidade Terapêutica MAREV, que é uma entidade filantrópica. Esses 32 leitos financiados com dinheiro público não estão contabilizados na tabela acima, somados aos 799.

Todos esses dados são bastante significativos para o trabalho que estamos apresentando, pois evidenciam que o maior percentual de leitos/SUS desse município está concentrado em hospitais privados, dentre os quais, o hospital psiquiátrico é aquele que detém o maior percentual dos leitos/SUS. Esses percentuais revelam os rebatimentos e ressonâncias históricas do modelo biomédico desenvolvido desde as primeiras décadas do século XX, no Brasil.

Além disso, eles nos ajudam a perceber o modo como a demanda de saúde mental vem sendo "acolhida" pelas Redes de Atenção à Saúde deste município e região. Esse percentual elevado de leitos/SUS disponibilizados em um hospital privado e especializado legitima a ideia de sofrimento psíquico como uma doença do cérebro, caracterizada por desiquilíbrios bioquímicos que provocam "comportamentos socialmente desajustados" e que, portanto, precisam ser contidos em um hospital. Concebida sob o viés biologicista e tratada sob a lógica liberal privatista de saúde centrada na doença, a internação e a contenção (química ou física) do "doente mental" continuam a ser referenciadas como ações de "saúde" e ainda fazem parte do cenário de configuração das Redes de Atenção à Saúde em Maringá, no desenrolar do século XXI.

Os dados referentes à Rede de Atenção Hospitalar de Maringá revelam, portanto, a necessidade de fortalecermos e atualizarmos o debate proposto pelos movimentos da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, no enfrentamento das atuais dificuldades, para superação do modelo biomédico, liberal-privatista, que atualmente vem sendo sustentado/financiado pelo próprio SUS.

Os reflexos e ressonâncias desse modelo de atenção à saúde, em especialmente, à saúde mental, também podem ser percebidos no âmbito da Rede Ambulatorial Especializada de Maringá. O atual Plano Municipal de Saúde reconhece que:

> A atenção especializada de média complexidade é um grande desafio do SUS. A demanda é sempre maior do que a oferta e de modo geral não reflete a real

> necessidade da população. Em Maringá, a oferta de consultas de algumas especialidades, tem se apresentado ao longo dos anos, com muita dificuldade de acesso e ao mesmo tempo alta taxa de absenteísmo por parte dos usuários. Levantamento realizado em julho/2013 mostrou que as maiores demandas estão nas especialidades de ortopedia, **neurologia adulto**, dermatologia, endocrinologia, angiologia, reumatologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia e **neurologia infantil** (MARINGÁ, 2014, p. 26, grifo nosso).

A demanda por neurologia adulto e infantil aparece entre as maiores demandas por consultas especializadas em Maringá. Mais uma vez podemos perceber a captura da demanda relacionada à saúde mental pelo viés biomédico, orientado, atualmente, pelos conceitos da psiquiatria moderna e da neurologia. Essa elevada procura por consultas com neurologistas pode ser associada à trajetória histórica da psiquiatria biológica, debatida por Luzio (2013, p. 485):

> Na década de 1950, registram-se as descobertas de novos medicamentos importantes para o tratamento da doença mental, como, por exemplo, os antipsicóticos, antidepressivos, ansiolíticos, estabilizadores de humor e antiepiléticos. No final da década de 1960, surge o modelo da neurotransmissão cerebral, a partir do uso de psicotrópicos. Assim, após a década de 1970, a psiquiatria biológica consolida-se como um campo de pesquisa próprio e autônomo. Porém, é a década de 1980 que representa o marco cronológico de sua expansão, notadamente com a publicação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM III. [...] Enfim, a partir do DSM III, as classificações articulam-se cada vez mais, não somente com a visão biológica da doença mental, como também com o tratamento medicamentoso.

Reconhecemos que, a partir do final dos anos de 1950, o desenvolvimento de tais medicamentos possibilitou um melhor controle dos sintomas ditos “mais disruptivos”, permitindo tratamentos em ambientes menos coercitivos e menos isolados. Porém o uso de tais medicamentos também ajudou a continuar propagando a concepção de sofrimento psíquico como disfunção cerebral, bioquímica e neuronal. Nesse contexto, a neurologia, enquanto ciência e profissão ganhou destaque. De acordo com o Centro Brasileiro de Informação de Medicamentos Psicotrópicos (CEBRID, 2003), os benzodiazepínicos estão entre os medicamentos mais usados no mundo todo. Em 2001, no mundo todo foram consumidas 26,74 bilhões de doses diárias e 6,96 milhões de doses como hipnóticos.

Para desenvolver intervenção em saúde mental nesse nível de atenção ambulatorial especializada, Maringá disponibiliza quatro unidades de referência: o Centro Integrado de Saúde Mental (CISAM) e três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II, CAPSad e CAPSi). O CISAM é um ambulatório de Saúde Mental existente no município desde 1994. Este ambulatório foi criado

para servir de referência para aqueles casos de transtornos mentais e comportamentais que, tendo-se esgotado os recursos da rede básica, necessitam de uma atenção especializada. O usuário e a família podem ter indicação para atendimentos nesse local com periodicidade semanal, quinzenal, mensal, bimestral ou ainda trimestral. Entretanto, está previsto que esse dispositivo será transformado em um CAPS III, ainda nesse ano de 2014, devido à alta demanda de encaminhamentos com a qual precisa lidar, demandas principalmente relacionadas à atenção a crise (MARINGÁ, 2014, p. 39).

O primeiro CAPS a ser implantado no município foi o CAPSad (implantado em 2002), para prestar assistência em saúde mental aos usuários de álcool e outras drogas e também às suas famílias. Para 2014, está previsto que esse CAPSad seja transformado em um CAPSad III, para disponibilizar leitos voltados ao atendimento de sofrimentos relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Em 2004, foi implantado o CAPS II para atendimento de pessoas adultas, em sofrimento psíquico. Em 2011 foi realizada a implantação do CAPSi, destinado a prestar assistência à saúde mental infanto-juvenil. Esses 04 dispositivos da Rede Ambulatorial Especializada, voltados especificamente para atenção à saúde mental, também fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município, evidenciando aí, a interseção entre essas duas redes.

Notamos que algumas das medidas tomadas nos últimos anos, tais como a implantação do CAPSi, a transformação do CISAM em CAPS III e a transformação do CAPSad em CAPSad III, são medidas que estão em consonância com a Reforma Psiquiátrica, pois, como já se sabe, estes dispositivos apresentam possibilidades para a construção de ações de base territorial, desenvolvidas por equipes multidisciplinares que se corresponsabilizam pelo cuidado dos usuários, buscando manter, o quanto possível, os vínculos e a corresponsabilização familiar e comunitária na produção do cuidado dos mesmos. São, portanto, dispositivos extra-hospitalares e os dois últimos, especificamente, permitem a disponibilização de leitos/SUS e atendimento 24horas para atenção à saúde mental, álcool e outras drogas, o que possibilita a atenção à crise. As obras desenvolvidas no município para fornecer sede própria para tais dispositivos já estão em fase de conclusão.

Todas essas medidas podem contribuir para a reversão do quadro de hospitalização acima evidenciado, favorecendo o avanço da práxis psicossocial no município de Maringá.

Entretanto, há um encaminhamento atravessando todo esse processo e que compromete seriamente as possibilidades de mudança de modelo, apresentando-se, na verdade, como um retrocesso para o desenvolvimento da práxis psicossocial. Todos esses dispositivos possuirão sede

própria, porém todos estarão concentrados em uma mesma localidade. Uma estrutura física e ampla foi construída para servir de espaço comum à todos os CAPS do município de Maringá, a qual vem sendo chamada de Complexo Integrado de Saúde Mental. De acordo com o atual Plano Municipal de Saúde, todos os CAPS do município serão transferidos para esse Complexo, cujas obras já estão em fase de conclusão e sua inauguração deverá ocorrer ainda em 2014 (MARINGÁ, 2014).

Lembremos que a práxis psicossocial defendida pelos movimentos reformistas é aquela que está comprometida, entre outras coisas, com a superação da fragmentação dos serviços e da lógica do especialismo, rumo à consolidação de uma rede de serviços que operam territorialmente e intersetorialmente. Diante desse encaminhamento tomado pela Secretaria Municipal de Saúde de Maringá nos perguntamos: como estes serviços operarão territorialmente e intersetorialmente se eles estarão alocados em uma mesma área territorial? O que significa operar territorialmente e intersetorialmente para esta secretaria municipal de saúde e para todos os atores envolvidos nessa arena de luta pela construção da saúde?

Para nós, operar territorialmente e intersetorialmente significa distribuir os dispositivos de saúde pelas diferentes áreas de extensão territorial do município, reconhecendo, em cada uma delas, suas fragilidades e os recursos disponíveis (sejam eles recursos da saúde, da cultura, do lazer, da educação, do esporte, etc.), estabelecendo com eles parcerias que viabilizem a produção coletiva de ações de saúde que ajudem na superação das fragilidades ali identificadas.

Operar territorialmente e intersetorialmente não quer dizer, portanto, que tenhamos que ocupar o mesmo imóvel, a mesma estrutura física. Isso pode, inclusive, nos fazer beneficiar apenas uma área da abrangência territorial do município. Ocupar o mesmo imóvel, ou mesma estrutura física, está longe de ser sinônimo de integração das ações, de intersetorialidade e está muito longe da possibilidade de territorialização dos serviços. Essa medida reforça o viés especialista e distancia os serviços da rede como um todo, permitindo a construção, ou melhor, a manutenção de um estigma que relaciona um determinado local a um determinado "tipo" social (por exemplo: "lugar de mulher é na cozinha", "lugar de bandido é na cadeia" e "lugar de louco é no hospício", nesse caso, apenas demos outro nome ao hospício). Dedicaremos um tópico específico para ampliar o debate sobre a configuração da RAPS de Maringá, recuperando um pouco de sua história e buscando compreender os antecedentes dessa atual configuração. Faremos isso um pouco mais adiante.

Outros dispositivos que compõem a Rede Ambulatorial Especializada desse município são: as duas policlínicas que disponibilizam consultas e exames especializados, cada uma localizada na regional Zona Norte e na regional Zona Sul da referida cidade; 03 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); o Ambulatório de Ostomias e Tratamento de Feridas; o Ambulatório de DST e HIV/AIDS; duas Unidade de Pronto Atendimento (UPA), cada uma localizada também na regional Zona Norte e na regional Zona Sul. As UPAS foram instaladas em Maringá no ano de 2012 (MARINGÁ, 2014).

Em 2008 foi implantada a Central de Regulação de Consultas e Exames Especializados. "Em levantamento realizado no ano de 2007 observou-se que a lista de espera para consultas especializadas estava em 17.144, tendo havido uma redução em relação à fila de espera do início de 2005, que se encontrava em aproximadamente 25.000" (MARINGÁ, 2010, p. 21). Em 2010, houve a implantação o Protocolo da Atenção Especializada, com a finalidade de realizar a revisão dos fluxos de atendimento e a normatização dos critérios de encaminhamentos. Seu objetivo também está relacionado a tentativa de reduzir o alto índice de faltas às consultas especializadas (30%), o que compromete a produtividade no serviço, devido ao fato dos atendimentos serem programados. Por meio desse protocolo, tem-se procurado dar o encaminhamento correto aos serviços especializados, verificar a existência de exames prévios indicados em protocolos e retorno ao mesmo profissional que iniciou o atendimento (MARINGÁ, 2014).

Essa elevada demanda por consulta especializada indica a necessidade de fortalecimento das ações de saúde no nível da Atenção Básica, que sendo operacionalizadas no sentido da busca por superação do modelo biomédico, poderiam reduzir muito essa solicitação.

No âmbito da Rede de Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada no município de Maringá em 1999, inicialmente com sete equipes. Atualmente existem 66 ESFs, distribuídas em 29 Unidades Básicas de Saúde (UBS), prestando assistência para 74.666 famílias, com uma cobertura de aproximadamente 80% da população (CNES – SIAB, 2013). A Rede de Atenção Básica também disponibiliza 22 Equipes de Saúde Bucal (ESB) e quatro Clínicas Odontológicas do Bebê. De acordo com o atual Plano Municipal de Saúde, estão em processo de implantação mais 07 UBSs (MARINGÁ, 2014).

AS UBSs estão estrategicamente divididas em 05 regionais municipais de saúde (Zona Sul, Tuiuti, Iguaçu, Quebec e Pinheiros). Em cada uma dessas regionais, há uma UBS que serve de referência para as demais UBSs de sua regional. Essas 05 UBSs, que carregam o mesmo nome que

designa a sua regional, são UBSs maiores que as demais, comportam um número maior de equipes de profissionais e oferecem uma quantidade maior de serviços. Elas são infraestruturalmente maiores e já estavam instaladas no município mesmo antes da criação do SUS, quando então funcionavam como Núcleos Integrados de Saúde (NIS), popularmente conhecidos como "postos de saúde". Dos anos 2000 em diante, suas instalações sofreram reformas, modificações e, pelo histórico de suas intervenções, continuam servindo de referência para as demais unidades menores.

Para fortalecer o trabalho desenvolvido nas UBSs e ampliar o escopo de atuação das Equipes de Saúde da Família, em 2009, a Secretaria Municipal de Saúde começou um estudo para a implantação do NASF e em 2010 foram credenciadas 07 equipes, na modalidade 1. A Secretaria Municipal de Saúde espera aumentar o número de equipes de NASFs de 07 para 09, até 2017 (MARINGÁ, 2014).

O NASF, enquanto proposta e enquanto portaria, "chegou" em Maringá em um momento em que as RAS desse município já tinham desenvolvido uma trajetória de implantação, expansão de serviços e desenvolvimento de várias ações e projetos. Contudo, elas continuavam a apresentar claras dificuldades para operarem de maneira integral, equânime e resolutiva. Vimos a própria Secretaria Municipal de Saúde reconhecendo sua dificuldade para superar o modelo de assistência que, "continua dando ênfase na doença, no indivíduo, no atendimento médico, nas tecnologias duras, na livre demanda e na produção de serviços" (MARINGÁ, 2010, p. 16).

O Plano Municipal de Saúde de 2010 a 2013 (MARINGÁ, 2010) foi desenvolvido no ano em que o NASF estava em processo de implantação no município. Mesmo assim, este documento fez referência ao trabalho do NASF por sete vezes e relacionou as ações desse programa: a) à assistência farmacêutica, devendo desenvolver ações de suporte às ESFs relacionadas à logística do medicamento, bem como, atuar na avaliação dessa assistência, priorizando a promoção do uso racional de medicamentos, ou seja, orientando a própria população quanto aos riscos da automedicação e estimulando a devolução de medicamentos não utilizados e/ou vencidos; b) ao controle dos fatores de risco das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), tais como o tabagismo, alimentação inadequada, sedentarismo, hipertensão arterial, diabetes, consumo de álcool e drogas e obesidade, devendo exercer um papel importante na condução deste trabalho dentro das UBS, por meio da equipe multiprofissional que compõe o referido núcleo, pretendendo, assim, qualificar a Atenção Básica para atuar junto aos grupos de risco, estimulando a mudança de comportamento da população e a adoção de hábitos saudáveis; e c) ao enfrentamento dos problemas

sanitários relacionados ao meio ambiente, incluindo as zoonoses, atuando em parceria com os Núcleos de Vigilância em Saúde no desenvolvimento de ações de educação em saúde direcionadas a população.

Já o atual Plano Municipal de Saúde de 2014 a 2017 (MARINGÁ, 2014) faz referência ao NASF por 09 vezes, relacionando o trabalho das equipes de NASF prioritariamente a gestão do trabalho e educação em saúde. Segundo este documento,

> A Secretaria de Saúde tem buscado a implantação gradativa da Educação Permanente em Saúde (EPS), principalmente por meio dos profissionais dos NASF, adotando-o em algumas oportunidades, tais como: nas oficinas do APSUS [Programa de Qualificação da Atenção Primária em Saúde]; nas oficinas de discussão sobre reformulação das áreas de abrangência, de planejamento local e dos indicadores do PMAQ [Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica]; nas discussões de casos conduzidas pelos profissionais dos NASF nas UBS sobre saúde mental, violências e acidentes; nas oficinas sobre Política de Humanização; nas capacitações da Iniciativa IUBAAM [*Iniciativa* Unidade Básica Amiga da Amiga da Amamentação], entre outras (MARINGÁ, 2014, p. 31).

Vemos, portanto, que na efetivação das ações do NASF, em Maringá, houve um redirecionamento proposto pela Secretaria Municipal de Saúde em relação ao foco de ações desse programa. Enquanto que no primeiro documento acima citado (MARINGÁ, 2010) o foco das ações do NASF estava direcionado para a educação em saúde voltada para a própria população, o segundo documento (MARINGÁ, 2014) evidencia o trabalho do NASF bastante direcionado para a Educação Permanente em Saúde (EPS) voltada para capacitação e qualificação dos profissionais da Atenção Básica. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), as ações do NASF podem ser voltadas para ambos os processos de trabalho (educação em saúde oferecida, em conjunto com as ESFs, diretamente à população e educação permanente em saúde na capacitação e qualificação das próprias equipes de profissionais). Mencionamos no capítulo anterior que a função apoio desenvolvida pelo NASF abarca essas duas dimensões: o apoio assistencial e o apoio técnico-pedagógico.

Em nossa experiência de observação do campo de pesquisa, tivemos a oportunidade de vivenciar o desenvolvimento dessa dupla função na equipe de NASF pesquisado (no tópico 4.3 voltaremos a esse debate). Porém, o atual Plano Municipal de Saúde dá ênfase nesse apoio técnico-assistencial, reconhecendo os seus resultados:

> As equipes de NASF tiveram o número de profissionais ampliado e readequado e em conjunto com a equipe de apoiadores institucionais criada em 2012, estão atuando na implementação do processo de trabalho nas unidades através do matriciamento, o que auxiliou no ótimo desempenho apresentado pelas equipes na avaliação externa do PMAQ, onde mais de 70% foram avaliadas como muito acima da média e as demais como acima da média (MARINGÁ, 2014, p. 26).

Outro ponto destacado nesse documento foi o trabalho relacionado com a saúde mental: "houve crescimento importante das ações de saúde mental na atenção básica, com a atuação dos NASF e com a criação de grupos de saúde mental e de cuidadores dos portadores de transtorno mental" (MARINGÁ, 2014, p. 29).

Isso nos permite perceber uma interseção entre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a Rede de Atenção Básica (RAB), por meio das ações e projetos desenvolvidos pelas Equipes de Saúde da Família, as quais são atualmente realizadas com o apoio das equipes de NASF. Entretanto, precisamos mencionar que mesmo antes de contarem com o apoio do NASF, as ESFs de Maringá já contavam com o apoio dos profissionais de psicologia lotados nas UBS, para desenvolver ações de saúde mental na Atenção Básica. Além dos 07 profissionais de psicologia que integram, cada uma das 07 equipes de NASF, cada UBS possui pelo menos um psicólogo para atendimento da população adstrita. A presença do profissional de psicologia nas UBSs de Maringá está relacionada com um processo histórico bastante peculiar, iniciado ainda na década de 1980 (voltaremos a esse debate no ponto 4.2). Sendo assim, no Plano Municipal de Saúde anterior, a Secretaria Municipal de Saúde de Maringá já reconhecia que:

> A assistência ao portador de transtorno mental, seguindo as diretrizes da reforma psiquiátrica, tem se fortalecido na atenção básica com a inclusão de portadores de transtornos mentais nos grupos desenvolvidos em 80% das unidades básicas, realização de grupos exclusivamente com portadores de transtornos mentais e acompanhamento, embora ainda um pouco deficiente, dos pacientes egressos de internações no Hospital Psiquiátrico ou na Emergência Psiquiátrica pelas equipes da ESF (MARINGÁ, 2010, p. 20).

A Rede de Atenção Básica desse município ainda disponibiliza outros dispositivos que se interseccionam com a Rede de Atenção Psicossocial. Existem duas equipes de Consultório na Rua[56], as quais foram implantadas a partir de 2012. Existem também 03 Serviços Residenciais

[56] "Maringá é uma das doze cidades do sul do país que implantará uma equipe dos Consultórios na Rua (eCR), que integram o componente atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial e desenvolvem ações de atenção básica de saúde, de acordo com portaria publicada hoje pelo ministro da Saúde, Alexandre Padilha. No Paraná, haverá uma

Terapêuticos e ainda podemos mencionar a existência do apoio aos beneficiários do Programa de Volta para Casa[57].

Além das parcerias locais realizadas entres as UBSs e outros dispositivos de seus territórios adstritos, o Plano Municipal de Saúde destaca a participação da Secretaria de Assistência Social, da Associação Maringaense de Saúde Mental, do Conselho Municipal de Política sobre Álcool e Drogas (COMAD) e do Conselho Tutelar na implementação de ações de saúde mental no âmbito da Atenção Básica (MARINGÁ, 2014).

Diante de tudo o que foi posto acima, até esse momento, conseguimos analisar alguns dos dados e informações que nos permitiram compreender um pouco da configuração das Redes de Atenção à Saúde (RAS) de Maringá, os quais continuarão sendo discutidos neste trabalho. Outros aspectos, serviços e dispositivos das RAS de Maringá poderiam ainda ter sido mencionadas e focalizados. Sabemos que o Ministério da Saúde (MS) reconhece que não existe uma única rede, mas redes de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2010). Pudemos conhecer um pouco das três redes que se diferenciam pelo nível de complexidade de atenção à saúde a que estão atreladas: a Rede de Atenção Hospitalar, a Rede Ambulatorial Especializada e a Rede de Atenção Básica do município em questão. Mas, o MS estabelece outras quatro redes como prioritárias: Rede cegonha, Rede de Urgências e Emergências, Rede de Pessoas com Deficiências e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Dessas quatro, somente esta última foi por nós focalizada. Nossa intenção nesse ponto do texto foi a de apresentar alguns aspectos das RAS de Maringá, nos diferentes níveis de complexidade, focando nos pontos de interseção com a RAPS.

Ao fazer isso, vimos que o NASF se apresentou como uma proposta pertinente para o enfrentamento de algumas das dificuldades instaladas nas RAS de Maringá, possibilitando o

---

equipe também em Curitiba e outra em Cascavel. Os municípios fornecerão veículos às equipes (cujo tamanho será definido posteriormente). As eCR são multiprofissionais e lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua. As atividades das eCR incluirão a busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas. As eCR desempenharão suas atividades *in loco*, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial, dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário" (Rigon, Angelo. Folha de Maringá, 26 de janeiro de 2012).

[57] O Programa de Volta para Casa, criado em 2003, pela Lei nº 10.708, institui o auxílio reabilitação psicossocial para assistência e integração social, faro da unidade hospitalar, de pacientes acometidos por trasntornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas. O valor desse auxílio atualemnete é de R$ 320,00 (Trezentos e vinte reais).

desenvolvimento de ações que visam o fortalecimento da Rede de Atenção Básica para que esta, por sua vez, tenha o escopo de suas ações ampliadas, evitando o uso desnecessário (e o inchaço) da Rede Ambulatorial Especializada e da Rede de Atenção Hospitalar. Essa é uma medida que se apresenta em consonância com os movimentos reformistas mencionados nesse trabalho, pois redireciona o modelo de atenção à saúde. Ao invés dele operar com foco no atendimento hospitalar e especializado, ele opera com o foco na Atenção Básica, onde a produção do cuidado pode se dar de modo mais horizontal e coletivo. Portanto, alguns aspectos da práxis psicossocial já podem ser reconhecidos nesse modelo de atenção à saúde que se desencadeia por meio das ações que o NASF vem desempenhando na Rede de Atenção Básica de Maringá.

Mas estamos diante de um trabalho bastante incipiente, pois o NASF ainda não tem nem meia década de implantação. Como os dados acima demonstraram, existem muitos desafios nas RAS de Maringá, que exigirão, não só do NASF, mas de muitos dos atores envolvidos, um posicionamento firme na luta cotidiana pela produção de uma práxis psicossocial.

Para que a produção do cuidado nas RAS de Maringá aconteça no sentido da práxis psicossocial, alguns dos desafios que se colocam são: a lógica de operacionalização das ações permanece sendo ditada pelo viés especialista que produz demanda reprimida e fila de espera para consultas individualizadas e hospitalização; a articulação entre os serviços dos diferentes níveis de atenção ainda é deficitária; a internação em hospital privado especializado ainda é muito recorrente; e, existe o agravante de que, alguns dos serviços municipais de Maringá atendem não apenas a demanda de Maringá, mas também a demanda dos municípios da 15ª Regional de Saúde e outras Regionais.

Todos esses pontos guardam em si aspetos histórico-estruturais dos acontecimentos que foram sendo engendrados ao longo do processo de implementação dos serviços de saúde, nesse município. Propusemo-nos a conhecer um pouco mais dessa trajetória, com um foco claramente voltado para o reconhecimento dos pontos que desembocaram na atual configuração da RAPS de Maringá. Conhecer essa trajetória foi importante para que pudéssemos analisar as possibilidades e dificuldades encontradas pelo NASF pesquisado para se relacionar com essa RAPS e para mobilizar práxis psicossocial.

4.2. Aspectos histórico-estruturais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Maringá: desvelando a segunda camada

A história de desenvolvimento da política de saúde mental no município de Maringá é recente. Como vimos acima, a história do próprio município é bastante nova. No que diz respeito à RAPS, só podemos mencionar a existência oficial de uma Rede de Atenção Psicossocial em Maringá após a publicação da Portaria nº 3088 (BRASIL, 2011a), que reconheceu uma série de dispositivos como constituintes dessa rede que, a partir de então, passou a ser assim denominada, em todo o país. Muitos desses dispositivos que foram reconhecidos como pertencentes da RAPS já faziam parte da configuração das RAS de Maringá, nos três níveis de complexidade, como acima mencionamos. Mas, oficialmente podemos dizer que a primeira menção da existência da RAPS em Maringá se deu no atual Plano Municipal de Saúde, que declara: "Em 2012 foi dado início à conformação da Rede de Atenção Psicossocial do Ministério da Saúde (RAPS), cuja organização e implementação deverão ser pautadas nos próximos anos pela gestão, com a articulação dos serviços existentes e a implantação de novos" (MARINGÁ, 2014, p. 29). Como se pôde ler, a conformação dessa rede se faz pela articulação de alguns dos dispositivos e serviços já existentes em Maringá. Alguns deles foram implantados ainda nas últimas décadas do século XX.

Buscamos informações junto aos documentos da Secretaria Municipal de Saúde (atas de reuniões do serviço de psicologia, portarias e decretos, entre outros documentos) e encontramos algumas informações que permitem entender tanto o arranjo atual da RAPS de Maringá, como algumas das dificuldades nela existentes.

Apoiamo-nos no trabalho desenvolvido por Campos (2004), para mencionar que, antes de 1980, a política de saúde mental em Maringá (assim como na maior parte do resto do país) centrava-se no processo de internação no hospital psiquiátrico privado. O hospital psiquiátrico de Maringá foi implantado na década de 1960. Segundo Campos (2004), as internações funcionavam (e ainda funcionam) como uma medida de higienização moral da cidade. O referido autor realizou um trabalho minucioso sobre esse processo de institucionalização da loucura no município de Maringá e menciona que: "somente na segunda metade da década de 60 é que a loucura em Maringá passou a ser dominada pelo saber médico" (CAMPOS, 2004, p. 130). Antes disso, os considerados loucos, vagabundos, indigentes e imorais eram submetidos ao discurso moral mascarado pelo

filantropismo exercido pelos albergues existentes no município, administrados por entidades religiosas.

"Oficialmente fundado em 23 de dezembro de 1966, o Sanatório Maringá surgia do impulso empreendedor de Onofre Pereira de Mendonça, médico migrado do estado de São Paulo à região Norte Novo do Paraná, recentemente colonizada e urbanizada" (CAMPOS, 2004, p. 131). Na ocasião de sua fundação, havia 20 leitos disponíveis. Contudo, no início da década 1970, a instituição promoveu ampliações e reformas em sua estrutura física e passou a oferecer 364 leitos. Esta instituição passou a contar com o financiamento público para disponibilização de leitos ainda em 1968. Recebia pessoas de todo o Estado do Paraná e de outros estados brasileiros, tais como São Paulo, Mato Grosso e Santa Catarina.

A justificativa para o crescimento acelerado do número de leitos disponíveis no referido hospital ancorou-se na ideia de que sua criação e consolidação ocorreram em um momento em que a jovem Maringá apresentava um acelerado crescimento populacional, desencadeando, portanto, os típicos problemas de uma cidade moderna, para a qual convergiam muitas pessoas em busca de oportunidades. Nem todas essas pessoas que aqui chegavam eram dotadas das características necessárias para o estabelecimento da ordem e do progresso desejados. Assim, o hospital psiquiátrico vinha suprir a necessidade de tratamento de "doenças mentais", surgidas no bojo desse processo de urbanização (CAMPOS, 2004).

A cidade que fora planejada sob inspiração dos modelos britânicos e que se pretendia ser cidade jardim não deixava passar incólumes os usos e costumes que destoassem daqueles considerados "bons hábitos", disseminados e aceitos por sua sociedade puritana. Recuperando artigos de jornais da época e prontuários dos internos do Sanatório Maringá, Campos (2004) chamou atenção para os casos de "distúrbios psicológicos", classificados de "loucura moral". Entre esses pacientes, ele localizou homossexuais e mulheres que manifestavam problemas sexuais considerados desviantes e igualmente classificados de "loucura moral". Assim, o autor pôde analisar a convergência entre o saber médico e o senso comum existente nos encaminhamentos de outrora, os quais funcionavam como legitimadores dos preconceitos disseminados socialmente.

Esses aspectos históricos, somados ao modelo biomédico e liberal-privatista de atenção à saúde, fazem desse hospital um forte personagem no cenário de construção das práticas em saúde mental no município de Maringá. Como vimos acima, até os dias de hoje, este é o hospital com o maior percentual de leitos/SUS nesse município.

Mas recuperando a história um pouco mais recente, podemos afirmar que o final da década de 1970 e início da década de 1980 foi um período marcante para o início de algumas mudanças no desenvolvimento de ações de saúde mental em Maringá, justamente porque, a partir dessas décadas, o aflorar dos movimentos reformistas no Brasil tem seus rebatimentos nesse município. Outros atores entram cena e passam a ser interlocutores do hospital psiquiátrico maringaense e alguns debates e disputas, nessa arena de luta de âmbito nacional, passam a ser percebidos no setor de saúde mental também em Maringá.

Em matéria uma publicada no jornal "O Diário do Norte do Paraná", datada de 29 outubro de 1978, são anunciadas as propostas do INAMPS para reformulação do atendimento psiquiátrico em Maringá:

> Desde o dia 12 de outubro passado está em atividade em Maringá o Centro Comunitário de Saúde Mental de Maringá, dirigido pelos psiquiatras José Elias Aiex Neto, Neiva Maria do Rosário e Neilor Tomé Caliari. Essa entidade tem a finalidade de prestar atendimento ambulatorial na área de saúde mental aos previdenciários do INAMPS, e faz parte de uma política de reformulação do atendimento psiquiátrico em nosso país, o qual era voltado quase que exclusivamente para o internamento em hospitais psiquiátricos, o que levou a uma proliferação e a um aumento do número de leitos dos referidos hospitais (O DIÁRIO DO NORTE DO PARANÁ, 1978).

Além dos atendimentos que passaram a ser realizados no Centro Comunitário de Saúde Mental, no final da década de 1970 e início da década de 1980, o município de Maringá passou a contar com o atendimento psiquiátrico e psicológico desenvolvidos por 01 psiquiatra e 03 psicólogas no Centro Regional de Especialidades do Estado do Paraná, localizado no referido município, para atendimento dos beneficiários da previdência de Maringá e região (MARINGÁ, 1986).

A Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Social (que só passou a ser Secretaria Municipal de Saúde, em 1990) fora criada em 1969. Entretanto, foi somente no início de 1980 que os primeiros centros de saúde, aqui chamados de "Posto de Saúde", foram criados. Passando por um acelerado processo de expansão e constantes mudanças, em 1986, o município já dispunha de 20 Núcleos Integrados de Saúde (NIS - terminologia que passou a ser empregada em Maringá, substituindo o termo "Posto de Saúde", que, porém, continuou sendo popularmente utilizado). "Era o momento de implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), quando os municípios investiam

em construções e aquisição de equipamentos para o atendimento primário" (SCOCHI, 1999, p. 131). A municipalização[58] dos serviços ocorreu logo em seguida a esses acontecimentos.

Essa expansão e criação dos NIS levou o município de Maringá a desenvolver a contratação de profissionais da psicologia para desenvolverem ações de saúde mental nesses dispositivos. De acordo com o primeiro "Plano de trabalho do setor de psicologia" (MARINGÁ, 1986), o desenvolvimento de ações no âmbito da saúde mental, nos NIS de Maringá, começou a acontecer em 1983, com a transferência de 01 psicóloga da área da educação para a área da saúde. Até 1986, quando o referido plano foi redigido, mais duas psicólogas já haviam sido contratadas e, em 1984, a Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar Social havia estabelecido um Termo Aditivo ao Convênio de Cooperação Ampla entre a Universidade Estadual de Maringá e a Prefeitura de Maringá, por meio do qual, a UEM passou a disponibilizar grupos de alunos de psicologia para desenvolverem estágio supervisionado e colegiado nos "postos de saúde", via Departamento de Psicologia. Boarini[59] (1989) fez um debate sobre as experiências possibilitadas por meio da realização desse estágio e sobre os desafios colocados para o seu desenvolvimento.

O "Plano de trabalho do setor de psicologia" (MARINGÁ, 1986) apontava que a assistência psicológica, na época, abrangeria três níveis.

a) As atividades realizadas no nível dos NIS eram assim descritas: orientação psicológica de caráter preventivo oferecido aos grupos de gestantes, de hipertensos e de puericultura, sempre que necessário; realização de visitas domiciliares em conjunto com as atendentes de saúde; assistência aos funcionários dos NIS nos casos de problemas de relacionamento no trabalho; acompanhamento, de maneira indireta, do estágio dos alunos de psicologia da UEM, nos respectivas NIS; avaliação e encaminhamento para outros profissionais em caso de necessidade;

[58] Em 1988, a responsabilidade pela assistência básica em saúde foi transferida ao município de Maringá após assinatura do convênio de CO-GESTÃO-SUDS, efetuado em 22 de setembro de 1988. Até então, o município oferecia os serviços de forma complementar aos serviços prestados pelo INAMPS e Secretaria do Estado da Saúde. O município ficou, a partir desse momento, com a responsabilidade de oferecer a assistência básica, assim discriminadas: consultas médicas em clínica geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia; assistência odontológica de 0 a 14 anos, a gestantes e urgências; atendimento básico de enfermagem e psicologia; e outros serviços complementares como laboratório, raio-x e transporte (MARINGÁ. Ata da reunião do serviços de psicologia da Secretaria de Saúde e Bem Estar Social, 25 nov 1988).

[59] Essa autora, que era uma das supervisoras do referido estágio, também foi mencionda em várias atas das reuniões do serviço de psicologia como uma importante interlocutora e debatedora da produção das ações de saúde mental nesse município. Sua atuação pode ser identificada em registros documentiais desde 1984, quando o estágio fora iniciado, até os dias atuais, quando a mesma continua atuante, sendo membro do atual Conselho Municipal de Saúde, desempenhando um importante papel na Comissão de Saúde Mental desse conselho, além de outras atividades na área de pesquisa.

atendimento a grupos de crianças com dificuldades de aprendizagem e de comportamento e, paralelamente, orientação aos pais; formação de programas de sala de espera.

b) Atividades no nível central eram: auxiliar na realização de recrutamento, seleção e treinamento de pessoal para a Secretaria de Saúde e Bem Estar Social; colaborar com a equipe da Secretaria de Saúde e Bem Estar Social no planejamento das atividades a serem realizadas; participar de reuniões mensais com a equipe Técnico Administrativa da SSBES; buscar contato com outras entidades para a integração do serviço de psicologia; elaborar, coordenar e executar projetos de cursos de formação para atendentes de saúde e de odontologia, conforme solicitado pela Secretaria de Saúde e Bem Estar Social.

c) As atividades com a comunidade estavam voltadas para: o desenvolvimento de palestras, informes e reuniões, com a finalidade de conscientizá-la da importância em participar dos programas oferecidos nos Postos de Saúde; buscar a integração com trabalhos já desenvolvidos por grupos organizados, como a Pastoral da Saúde, Associações de Bairros e outros.

Para a realização de todas essas ações, novos profissionais de psicologia foram sendo contratados nos anos seguintes, visando disponibilizar pelo menos 01 profissional dessa área específica em cada um dos NIS existentes. Sendo assim, o serviço de psicologia passou por um processo de rápida expansão, para acompanhar a expansão e criação dos NIS. Em 1989, o serviço de psicologia dessa secretaria já disponibilizava 15 psicólogos para prestar assistência aos 23 NIS existentes e contava com uma coordenadora das ações, em caráter não oficial (MARINGÁ, 1989).

Em 1990, a psicóloga que coordenava (não oficialmente) o serviço de psicologia da (a partir de então denominada) Secretaria Municipal de Saúde passou a ser chefe da Divisão de Recursos Humanos dessa secretaria. Nesse mesmo ano, 11 novos profissionais de psicologia foram contratados e entre algumas perdas de profissionais, o número total de psicólogos subiu para 23, alcançando-se a meta de 01 psicólogo por NIS. Ainda em 1990, o Decreto nº 281 (MARINGÁ, 1990), incluiu a Seção de Saúde Mental no organograma da Secretaria Municipal de Saúde, com coordenação oficialmente estabelecida, sendo que esta coordenação passou a ser exercida por outra profissional de psicologia, que acompanhara todo esse processo de criação do serviço de psicologia, desde 1986.

Em 1990, também foi apresentada uma proposta de criação de um ambulatório de saúde mental. Essa proposta foi elaborada pela então coordenadora da Seção de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde e pela coordenadora do Centro Regional de Especialidades do

Estado (SILVA e CONEGLIAN, 1990). Este projeto só veio a ser concretizado em 1994, com a criação do Centro Integrado de Saúde Mental (CISAM), que existe até os dias de hoje.

Mas, antes de avançarmos nessa recuperação histórica, identificamos outro trabalho bastante singular na estruturação de ações de saúde mental no município de Maringá. Em 1990, o levantamento da caracterização da demanda atendida pelo serviço de psicologia nos NIS de Maringá, levantamento este que era rotina nesse serviço, apontou que, em 1989, do total de 779 pacientes atendidos, 281(36%) estavam na faixa etária de 7 a 11 anos e destes, 101(13%) vinham encaminhados com a queixa de "Distúrbio de Escolaridade". Entretanto, esse dado se modificava após o atendimento, pois, dos 101 casos atendidos com essa queixa, somente 14 deles (1,8%) continuavam sendo entendidos como "Distúrbios de Escolaridade". Os demais passavam a ser reconhecidos como "Distúrbios Afetivos Emocionais" (MARINGÁ, 1990).

Isso levou a Seção de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá a atuar em duas frentes. Em uma das frentes, a Seção de Saúde Mental iniciou um trabalho em parceria com a Secretaria Municipal de Educação. Ela passou a atribuir aos psicólogos dos NIS, a função de desenvolver alguns trabalhos nas creches municipais. A proposta da Seção de Saúde Mental era a de que cada profissional iria realizar um diagnóstico institucional da realidade observada na creche e propor um trabalho a ser desenvolvido com atendentes e pais, através de encontros semanais. Cada psicólogo disponibilizava 4 horas semanais para a realização desse trabalho. As dificuldades encontradas eram discutidas no horário destinado a estudo de caso, que normalmente acontecia nas sextas-feiras à tarde, dos quais participavam todos os psicólogos da Seção de Saúde Mental (MARINGÁ, 1991a). A percepção dos profissionais da psicologia, tanto nos problemas identificados, como nos encaminhamentos dados, demonstram em si um claro viés preventivista. Preocupados com a alta demanda de encaminhamento de crianças de 7 a 11 anos ao serviço de psicologia nas NIS maringaenses, esses profissionais entenderam que era preciso intervir antes do problema ser deflagrado a diante. Este trabalho permaneceu por mais 05 anos.

A outra frente de trabalho da Seção de Saúde Mental foi direcionada a capacitar os profissionais da psicologia a desenvolverem um trabalho de psicoterapia breve e psicoterapia de grupo. A Seção de Saúde Mental ofereceu cursos, treinamentos e capacitações aos profissionais nesse sentido. Em 1991, o levantamento anual de caracterização da clientela atendida, constatou uma redução no índice de desistência ao atendimento psicológico e aumento no número de altas.

Isso fez com a Seção de Saúde Mental priorizasse estas modalidades de atendimento nos anos seguintes, devido aos seus "bons resultados" (MARINGÁ, 1991b).

Assim vemos que, apesar das mudanças geradas com a criação de serviços de base comunitária, como eram os NIS, aos poucos, as ações de saúde mental nesse âmbito foram sendo delineadas no sentido do preventivismo e do curativismo. Essas características vão dificultando o processo de mudança de modelo de atenção à saúde no âmbito da saúde mental, pois legitima o especialismo e atrela a responsabilidade pela saúde mental a uma categoria profissional específica. No caso de Maringá, a responsabilidade pelo cuidado com a saúde mental foi sendo atrelado ao trabalho do psicólogo, nesse contexto de estruturação da atenção básica no referido município. Mencionamos acima que uma peculiaridade das Unidades Básicas de Maringá é que, em todas elas, existe pelo menos um profissional da psicologia, prestando atendimento à população adstrita. Essa peculiaridade se deve a essa trajetória histórica, carregada de contradições complexas que continuaremos a analisar, no desenrolar dessa análise, com muito cuidado.

Em 1991, ocorreu a I Conferência Municipal de Saúde, cujo tema foi "Saúde: municipalização é o caminho". Os assuntos debatidos giraram em torno da questão orçamentária, da reforma tributária necessária para que o município pudesse administrar os recursos por ele gerados e do processo de descentralização da gestão em saúde.

No que diz respeito às ações de saúde mental, no documento gerado a partir dessa conferência, queremos fazer menção do Manual de Normas e Rotinas, o qual especifica as ações desenvolvidas e coordenadas pela Seção de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde. As atividades mencionadas estavam atreladas ao trabalho do profissional de psicologia que desenvolvia suas atividades nos NIS. Podemos assim resumi-las: triagem, grupos de sala de espera, psicodiagnóstico, entrevista inicial, entrevista de devolução, atendimentos emergenciais, consulta psicológica voltadas para orientação, atendimento psicoterapêutico breve, atendimento psicoterapêutico individual em médio prazo, atendimento a grupo com dificuldades psicopedagógicas, atendimento a grupo de programas específicos (hipertensão, gestação e puericultura), atuação junto as creche, visita domiciliar, visita a escola, finalização de atendimento por encaminhamento, desistência ou alta, preenchimento de documentos, tais como prontuário do cliente e relatório de atividades (MARINGÁ, 1991c).

No ano seguinte, ocorreu a I Conferencia Municipal de Saúde Mental, cujo tema foi "Reestruturação do modelo assistencial de saúde mental em Maringá". Entre as propostas aprovadas nessa conferência, destacamos:

> Implantação do Ambulatório de Saúde Mental, prevendo espaço físico adequado e uma equipe multiprofissional para atendimento de casos mais comprometidos, [...]; Criação de locais específicos, através dos recursos já existentes, para atendimento de crianças e adolescentes portadores de doença mental; Adequação dos Serviços Prestados em nível do Hospital Psiquiátrico [...]; Redução do número de leitos psiquiátricos, conforme limite máximo estipulado pelo Ministério da Saúde, de 0,5 leitos por 1.000 habitantes, o que significa para Maringá 150 leitos (atualmente contamos com 500 leitos); Redistribuição das verbas, até então destinadas a leitos em Hospital Psiquiátrico em vias de redução, para a criação de leitos de atendimento de doença mental em hospitais gerais, e para outros tipos de atendimentos complementares; [...] Credenciamento dos profissionais da área de Saúde Mental para atendimento em clínicas particulares, em caso de demanda ser maior do que os serviços oferecidos pelo setor público, recebendo remuneração adequada; [...] (MARINGÁ, 1992, p. 26).

Podemos perceber algumas contradições no encaminhamento dessas propostas. De um lado, temos a proposição de priorização dos cuidados extra-hospitalares e multiprofissionais e a redução de leitos no hospital psiquiátrico. O documento cita que, em 1992, o Sanatório Maringá acumulava 500 leitos. A proposta de redução de leitos se pautava na Portaria nº 224 (BRASIL, 1992), segunda a qual a disponibilização de leitos nesse hospital específico deveria ficar limitada a oferta de 150 leitos. De outro lado, temos a proposição de adequação dos serviços do Hospital Psiquiátrico, com a solicitação de contratação de profissionais necessários e de organização do espaço físico previsto para que o atendimento nesse hospital ocorresse em conformidade com essa mesma portaria (suprimimos esta parte do texto acima, para que a citação não ficasse tão longa). Podemos supor, portanto, que se trata de uma contradição não só singular ao município de Maringá, mas também uma contradição presente nos encaminhamentos propostos nacionalmente, pois a Portaria nº 224 respaldava que os hospitais psiquiátricos continuassem oferecendo leitos vinculados ao SUS.

Outra contradição (esta, sim, mais singular ao município em questão) evidencia-se, de um lado, pela proposição de redistribuição das verbas, até então destinadas a leitos em hospital psiquiátrico (em vias de redução), para a criação de leitos de atendimento em hospitais gerais e outros tipos de atendimentos complementares; por outro lado, tem-se a proposição de credenciamento dos profissionais da área de Saúde Mental para atendimento em clínicas

particulares, em caso de demanda ser maior do que os serviços oferecidos pelo setor público, recebendo remuneração adequada.

De um modo geral, a perspectiva das propostas permanece centrada na atuação especializada sobre a "doença mental", legitimando a lógica biomédica e liberal privatista. Sendo assim, podemos dizer que a ideia de reestruturação que perpassa a I Conferência de Saúde Mental de Maringá estava direcionada para uma mudança que vai da atenção hospitalar para a atenção ambulatorial especializada.

Até 1992, os serviços de atenção à saúde mental existentes no município eram: atendimento psicológico realizado em todas as Unidades Básicas de Saúde; atendimento psiquiátrico oferecido pelo Centro Comunitário de Saúde Mental (conveniado ao SUS); atendimento psicológico realizado na Unidade de Psicologia Aplicada da UEM (na qual os estagiários de psicologia passaram a atuar e, a partir de 1991, foi rompido o convênio de realização de estágios nas UBSs); atendimento psicológico e psiquiátrico oferecido pelo Centro Regional de Especialidades da 15ª Regional de Saúde; e internação em hospital psiquiátrico (credenciado pelo SUS), com 500 leitos (MARINGÁ, 1992).

Com a mudança da gestão municipal, em 1993, a Seção de Saúde Mental passou a ser coordenada por um psiquiatra, a despeito dos profissionais da psicologia. Foi um ano politicamente conturbado, que gerou bastante insatisfação no grupo de profissionais da psicologia. Logo após a mudança de coordenação, a Seção de Saúde Mental foi extinta. Os profissionais e serviços, que dela faziam parte, passaram a compor a Seção de Medicina, sob a coordenação desse profissional da psiquiatria (MARINGÁ, 1993). Entretanto, em nossa opinião, essa mudança acabou trazendo contribuições.

No ano em que essa mudança de coordenação aconteceu, a 15ª Regional de Saúde chamou uma comissão para elaborar um "Plano Regional de Atenção à Saúde Mental" para Maringá e região. Esta comissão foi formalizada pela Portaria nº 048 (PARANÁ, 1993a) e era constituída por representantes de todos aqueles serviços de saúde mental acima citados. As propostas que compuseram o referido plano estavam relacionadas com a implantação de Serviços de Saúde Mental em Unidades Básicas de Saúde dos municípios que não contavam com tal atendimento; implantação de Serviços intermediários como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em cidades polos da 15ª Regional de Saúde - Colorado, Santa Fé, Astorga, Nova Esperança, Mandaguaçu e Maringá, que são cidades de maior porte e com fluxo da demanda de Saúde/Saúde Mental;

implantação do Serviço de Emergência Psiquiátrica no Hospital Universitário de Maringá com funcionamento de 24 horas e previsão de 72 horas de internação para os casos com indicação; implantação de um Ambulatório/Hospital Dia em Maringá (PARANÁ, 1993b).

Dentre essas propostas, a que mais nos chamou atenção foi a de criação de um Serviço de Emergência Psiquiátrica, com funcionamento 24 horas e previsão de 72 horas de internação. Essa proposta foi apresentada nessa comissão justamente por aquele coordenador que assumira a extinta Seção de Saúde Mental. Destacamos essa proposta, pois entendemos que ela abre a possibilidade de que a atenção à crise seja feita em outro local, que não o hospital psiquiátrico. Além disso, esse tipo de dispositivo exige uma articulação maior entre serviços. A internação de curta duração prescinde da existência de outros serviços com ele articulados para dar continuidade ao processo de acompanhamento dos usuários, após o término da internação. Esse serviço veio a ser implantado em Maringá somente em 2003, ou seja, 10 anos depois que fora proposto. Ele foi implantado no Hospital Municipal e não no Hospital Universitário, como na proposta original. Atualmente, este serviço dispõe de 26 leitos para atender Maringá, 11ª, 13ª e 15ª Regionais de Saúde.

Nesse intervalo de 10 anos, outros serviços de saúde mental foram implantados em Maringá. Em 1994, como já mencionamos acima, foi implantado o ambulatório CISAM. Trata-se de um serviço que existe até os dias de hoje e está na eminência de ser transformado em um CAPS III. Atualmente este dispositivo conta com uma equipe multiprofissional composta por: psiquiatras, psicólogos, assistente social, enfermeiras, farmacêuticos, residentes em psiquiatria e equipe auxiliar. Está voltado para o atendimento de casos graves; para continuidade de tratamento pós-alta hospitalar; e para usuários crônicos que necessitem de controle periódico por meio de retornos programados (MARINGÁ, 2012a).

A partir da iniciativa de profissionais dos serviços de saúde mental de Maringá, especialmente do CISAM, juntamente com familiares e amigos de pessoas em sofrimento psíquico, foi criada a Associação Maringaense de Saúde Mental (AMSM) no ano 2000. Atualmente essa associação tem sede própria e realiza diversos projetos. Sua finalidade primeira é: “apoiar as pessoas com sofrimento mental em suas necessidades sociais, educacionais, econômicas, políticas e culturais, contribuindo para diminuição do preconceito viabilizando o exercício da cidadania” (AMSM, 2014, p. 3). Segundo a “Cartilha para usuários e familiares” produzida pela Associação Maringaense de Saúde Mental,

> A luta da AMSM é pela promoção de melhores condições de atendimento, novas modalidades de tratamento, orientação aos familiares no sentido de entender o transtorno mental evitando internações desnecessárias. Lutamos pela garantia dos direitos humanos e civis das pessoas em sofrimento mental que de longa data tem enfrentado preconceitos, sendo vítimas de exclusão e de internações frequentes (AMSM, 2014, p. 2).

A AMSM oferece reuniões de grupos de autoajuda semanalmente, em 05 pontos diferentes da cidade de Maringá. Cada grupo tem um responsável diferente. Todos são pessoas da comunidade e não são necessariamente profissionais da saúde mental. Apenas um dos grupos tem uma psicóloga como responsável. A AMSM também possui grupos de atividades ocupacionais: o Projeto Girassol, que envolve a confecção de almofadas, colchas, toalhas e outros produtos; e o Projeto Pescando Mentes, que envolve a confecção de boias e cevadeiras para pesca esportiva e outros trabalhos. O resultado da venda dos materiais produzidos é utilizado para a reposição de materiais e também para benefício dos participantes (AMSM, 2014).

Desde 1998, o município de Maringá já havia assumido a Gestão Plena do Sistema Municipal, que significa responsabilidade pela assistência à saúde nos 03 níveis de complexidade: primário, secundário e terciário. Em 1999, iniciou-se o processo de implementação do Programa Saúde da Família (atualmente designado como Estratégia), com sete equipes. Com isso, os profissionais de psicologia que atuavam nas UBSs, e que vivenciaram toda essa mudança, precisaram adequar os seus processos de trabalho a nova proposta que estava sendo implementada. Discussões foram realizadas entre os profissionais da área para definição das atividades a serem desenvolvidas e de que a cada três Equipes de Saúde da Família, haveria um psicólogo de referência. As propostas foram aceita e em 1999 já passaram a ser implementadas (MARINGÁ, 1999).

O processo de implementação e expansão da Estratégia Saúde da Família foi bastante rápido e em meados de 2000, Maringá já contava com 57 equipes formadas, prevendo cobertura a 70% da população. As propostas para a atuação dos profissionais de psicologia junto às Equipes de Saúde da Família foram organizadas em conformidade com as Normas Complementares à Portaria nº 224 (BRASIL, 1992), priorizando as seguintes ações: atividades junto aos grupos programáticos (gestantes, hipertensos, diabéticos, puerpério e adolescentes); formação de grupos de orientação a pais (principalmente para crianças com dificuldades escolares); psicoterapia de grupo (de acordo com demanda); psicoterapia breve individual, sendo que esta atividade não deveria ocupar mais de

25% do total de horas de atividades desenvolvidas por esse profissional; visitas domiciliares e atendimento clínico domiciliar quando necessário; atividades educativas com grupo na comunidade (escola, igreja, grupos de mutua ajuda e outros); reunião com as Equipes de Saúde da Família e com o grupo de profissionais de sua categoria (não devendo ultrapassar 20% do horário total dedicado às atividades). Desde então, o CISAM, por inserir-se no nível secundário de atenção à Saúde Mental, passou a ser referência para casos mais graves (MARINGÁ, 1999).

As atividades acima mencionadas são as atividades propostas para a atuação dos psicólogos nas UBSs até o momento em que a pesquisa foi realizada. Entretanto, ao entrevistarmos os psicólogos que atuam nas 03 UBSs relacionadas ao NASF pesquisado, percebemos que o psicólogo ainda mantém o seu trabalho prioritariamente voltado para o atendimento individual. Entendemos que não se trata de falta de esclarecimento acerca das necessidades de mudança, mas por questões bem singulares, relacionadas ao contexto das UBSs nas quais esses profissionais desenvolvem seu trabalho. A inserção do NASF nas mesmas, em 2010, contribuiu para mobilizar algumas mudanças.

Porém antes de fazermos essa análise, ainda temos que concluir o processo de implantação de serviços de saúde mental que se seguiram, até a constituição da RAPS atual de Maringá.

Em 2002, o CAPSad foi implantado. Este serviço "é destinado a proporcionar atenção integral e contínua aos dependentes químicos e às pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, na idade adulta" (MARINGÁ, 2012, p. 3). Esse serviço presta atendimento a mais de 400 pessoas por ano. A equipe atualmente é constituída por: assistente social, terapeuta ocupacional, psiquiatra, psicólogos, residentes em psiquiatria, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, estagiário de enfermagem, estagiário de farmácia, profissionais de apoio técnico (administrativo, vigia, motorista e serviços gerais) e uma coordenação.

Em 2003, foi implantado o serviço de Emergência Psiquiátrica no Hospital Municipal, cujo processo de implantação já foi acima mencionado. Atualmente, são atendidos cerca de 400 pacientes por mês. No total, são cerca de 40 profissionais que atuam no setor, revezando-se nos diferentes turnos de trabalho, pois esse serviço funciona 24 horas.

Em 2004, houve a implantação do CAPS II, também chamado de CAPS Canção. Este CAPS destina-se ao atendimento de adultos, com transtornos psicóticos, transtornos mentais secundários a outras doenças orgânicas, transtornos do humor, da personalidade e casos egressos de internação. Este serviço tem capacidade para atendimento de 220 pacientes/mês. Atualmente, sua equipe multidisciplinar é composta por: atendimento individual realizado por psiquiatras, psicólogos,

profissionais da enfermagem, assistente social, terapeuta ocupacional, técnicos de oficinas de manualidades e equipe de apoio (administrativo e serviços gerais). O CAPS Canção oferece, de acordo com o plano terapêutico de cada usuário: atendimento individual e/ou grupal; oficinas terapêuticas (pintura, bordado, cozinha, horta e outros); grupos de orientação familiar; grupo psicopedagógico; visitas domiciliares; atividades externas e; outros trabalhos, como o trabalho que resultou na criação do Grupo Musical Acústico Delírius (MARINGÁ, 2012).

Podemos observar que, até esse momento, a implantação dos serviços permanece em uma direção muito mais de simultaneidade, do que na direção de substituição do hospital psiquiátrico. Mas, a partir de 2004, alguns acontecimentos e atores começam a fazer certo tensionamento ao processo de hospitalização, principalmente nos casos de hospitalização por longa duração.

Em 2004, o município foi cadastrado no Programa de Volta para Casa[60] e em 2005, a assistente social da 14ª Promotoria de Justiça da Comarca de Maringá – Ministério Público do Estado do Paraná, Promotoria de Defesa da Saúde Pública e Saúde do Trabalhador – começou um processo de verificação das pessoas que estavam hospitalizadas por longa duração no Sanatório Maringá (FRAZATTO, 2011). Em entrevista concedida a pesquisa realizada por Frazatto (2011), essa profissional declarou que, em 2006, esta promotoria instaurou um procedimento formal de verificação desses casos. Em uma primeira verificação foram identificados 68 casos de pessoas em situação de isolamento, ou seja, perda de vínculos familiares e comunitários. Essa assistente social, ainda afirmou (segundo FRAZATTO, 2011, p. 168):

> A primeira coisa que eu fiz, sempre com a assinatura da promotora, foi pedir que o médico me informasse, de todos esses, quais teriam e quais não teriam condições de alta. Dos 68, aqui têm o relatório de cada um deles, todos sem condições de alta, avaliados pelo médico assistente de cada um. Eu falei para a promotora: "de duas, uma; ou aquele Sanatório não está fazendo nada para ninguém, ou estão todos acomodados com a situação"; porque se trata de uma instituição privada, que recebe 99% dos leitos do Sistema Único de Saúde; é uma instituição privada, sustentada pelo dinheiro público.

A partir dessa postura praticada pela referida promotoria, tendo como parceira a Comissão de Saúde Mental do Conselho Municipal de Saúde, iniciou-se um processo desinstitucionalização dos pacientes com mais de um ano de internação no Sanatório Maringá (FRAZATTO, 2011).

[60] Atualmente existem 16 pessoas beneficiárias em Maringá.

Data de 2006 a implantação do primeiro Serviço Residencial Terapêutico (SRT), para cinco pessoas do sexo masculino, de idade entre 45 e 65 anos, com diagnóstico de esquizofrenia. Todos eles tinham tempo de internação hospitalar superior a 10 anos. O segundo SRT foi implantado em 2008 e, em 2011, foi implantado o terceiro. Atualmente, existem 16 moradores, divididos entre os 03 Serviços Residenciais Terapêuticos, sendo dois deles voltados apenas para moradores do sexo masculino e um para moradoras do sexo feminino.

Em 2008, foi oficialmente constituída uma Comissão de Desinstitucionalização, estabelecida por meio da Portaria nº 002 (MARINGÁ, 2008). Essa comissão é composta por representantes da Secretaria Municipal de Saúde, da Secretaria de Assistência Social e Cidadania, da 15ª Regional de Saúde e do Sanatório Maringá.

Dando sequência a apresentação da configuração histórico-estrutural da RAPS, finalmente chegamos ao ponto de poder mencionar a implantação do NASF em Maringá. Como já mencionamos acima, esta implantação ocorreu em 2010 e as 07 equipes foram inseridos na Rede de Atenção Básica, tendo saúde mental como uma das áreas de atuação prioritária. Como queremos demonstrar, a seguir, que o NASF tem conseguido estabelecer contato direto com muitos desses dispositivos e desenvolver ações em parceria com os mesmos (com alguns mais e com outros menos). Membros do NASF pesquisado, por exemplo, fazem parte da Comissão de Desinstitucionalização atualmente.

Ainda temos que mencionar que, em 2011, o CAPSi foi implantado. Destina-se a atender crianças e adolescentes, entre 03 e 17 anos, 11 meses e 29 dias, com comprometimentos psicossociais severos e persistentes. Incluem-se nesta categoria os portadores de autismo, psicoses, usuário de álcool e outras drogas, neuroses graves e todos aqueles cujo comprometimento causa prejuízos acentuados em vários aspectos da rotina de vida da criança/adolescente (familiar, social, afetivo, escolar, dentre outros). A equipe técnica do CAPSi é composta por médico, enfermeiro, psicólogas, assistentes sociais, terapeuta ocupacional, farmacêutico, técnicos de enfermagem, auxiliares administrativos e auxiliares de serviços gerais. As ações realizadas são de: atendimento individual, atendimento em grupos, visitas domiciliares, atividades na escola e na comunidade, integração do serviço e melhora do vínculo do usuário com a família, dispensação de medicamentos e/ou assessoria aos usuários e familiares quanto à sua aquisição e administração, ações intersetoriais, ações de matriciamento junto aos profissionais da Rede de Atenção Básica, assembleias bianuais com os usuários, familiares, técnicos e outros convidados, reunião técnica

semanal para discussão de questões administrativas, elaboração do projeto terapêutico e questões técnicas (MARINGÁ, 2012).

Em 2012 e 2013, foram implantados dois Consultórios na Rua. No consultório na rua são realizadas ações de promoção, prevenção e cuidados primários principalmente para os moradores de rua. Trata-se de um trabalho bastante novo, sobre o qual não conseguimos obter muitas informações, nem observamos nenhum ponto de interseção entre esses serviços e o NASF, até mesmo porque, quando a pesquisa foi realizada, esses serviços estavam em processo de implantação.

Já mencionamos que em 2014, está prevista a inauguração do já mencionado e controvertido Complexo Integrado de Saúde Mental e também está previsto para 2015 a implantação de uma Unidade de Acolhimento transitória.

Assim, apresentamos alguns dos aspectos da trajetória histórico-estrutural de configuração da RAPS de Maringá, até o presente momento. Todos os serviços acima mencionados são reconhecidos pela Secretaria Municipal de Saúde como dispositivos pertencentes a RAPS maringaense (MARINGÁ, 2014). A RAPS atualmente possui uma coordenação municipal vinculada a Gerência de Assistência à Saúde e cada um dos serviços possui uma coordenação local. Entendemos que a criação de todos esses serviços pode favorecer o desenvolvimento de uma práxis psicossocial. Porém, a práxis psicossocial não pode ser produzida só no interior dos serviços da RAPS. Ela precisa ser produzida dentro e fora, na relação que os diferentes serviços estabelecem com as Redes de Atenção à Saúde como um todo.

Essa recuperação histórico-estrutural da política de saúde mental do município demonstra nossa dificuldade para operar na perspectiva da práxis psicossocial, apesar da criação dos serviços. As mudanças até o momento implementadas estão muito voltadas para a criação de serviços de média e alta complexidade.

Poucas ações de tensionamento e debate político foram apresentadas acima. Citamos apenas uma associação comunitária que se envolve no processo de enfrentamento dos problemas de saúde mental. Citamos um espaço criado para discussão dos processos de desinstitucionalização, que surgiu do esforço de profissionais da Promotoria Pública e da Comissão de Saúde Mental do Conselho Municipal de Saúde. Mas, trata-se de um espaço institucionalizado, sendo inclusive, regido por portaria. Não queremos dizer, com isso, que por ser um espaço institucionalizado, ele não seja um espaço de tensionamento, mobilizador de transformação. Mas queremos dizer que

estamos muito dependentes dos trabalhadores, dos serviços e dos processos institucionais. Existe pouca mobilização social em torno das questões de saúde mental em Maringá.

A Comissão de Saúde Mental do Conselho Municipal de Saúde tem sido mantida pelo esforço de poucas pessoas que, quase solitariamente nesse município, tem levantado a bandeira da Reforma Psiquiátrica. O debate por elas propostos nas reuniões do conselho acerca das questões tocantes a saúde mental é destoante da compreensão da maioria dos demais conselheiros. Estes últimos, diante da elevada demanda reprimida de pessoas em sofrimento psíquico, temem não ter o hospital psiquiátrico para "acolher" e prestar "atenção à crise". Podemos dizer que ocorre o mesmo no Conselho Local do hospital psiquiátrico. Aliás, são as mesmas poucas pessoas que participam aqui e ali, tentando manter vivo um debate que não ressoa, pelo contrário, esbarra nos favorecimentos políticos que beneficiam a permanência do hospital psiquiátrico na rede.

Podemos mencionar que em 2011, alguns estudantes e trabalhadores, interessados no debate da saúde mental, uniram-se para fundar um Coletivo da Luta Antimanicomial em Maringá – CLAM. Porém, além da carta convite para sua fundação, não encontramos mais informações a esse respeito. Há também um núcleo do CEBES em Maringá, também criado em 2011, do qual começamos a fazer parte no final de 2013. Em nossa experiência nesse núcleo, temos percebido pouca participação popular. A maioria das pessoas que dele participam são alunos e professores de cursos da saúde e de ciências humanas da UEM e profissionais ligados à área da saúde.

Nossa dificuldade para criar uma audiência em torno dos processos institucionalizadores em saúde mental se expressa, em letras maiúsculas, por meio da aprovação do Conselho Municipal de Saúde para a construção do Complexo Integrado de Saúde Mental, onde serão concentrados todos os CAPS do município. Precisamos mencionar ainda que esse complexo será sediado em um bairro da cidade que já foi considerado um dos bairros mais pobres do município – o bairro Santa Felicidade. Trata-se de um bairro constituído de trabalhadores pobres, que já sofreram sérios desfavorecimentos (e ainda sofrem) provocados por políticas habitacionais bastante controvertidas. Algumas pessoas, até os dias de hoje, ainda se referem ao bairro como sendo o "lixo" da cidade. Entretanto, segundo Araujo (2008), cientista social que desenvolveu uma pesquisa de campo nesse bairro afirma:

> O Santa Felicidade tem características de um bairro de subúrbio: as crianças brincam nas ruas, mulheres e moças põe suas cadeiras na calçada onde conversam, se penteiam, cuidam de seus filhos, os vizinhos são amigos e se frequentam, fazem festas, reúnem-se na rua para conversar, ouvir música ou ir à igreja, eles têm uma

> vida social mais comunitária que outros bairros da cidade. Os relatos dos residentes do Santa Felicidade não dizem respeito apenas aos problemas do bairro, eles falam também das suas qualidades, tais como: satisfação em terem suas casas, residirem próximos ao centro, de terem amigos e de serem lutadores apesar das dificuldades. A imagem negativa que se tem do Santa Felicidade está relacionada aos estereótipos que muitos têm sobre os pobres, muitos de nós os vemos a partir do que temos e somos e os julgamos carentes e sem autoestima, este é um equívoco grave quando vem de um indivíduo, **mas tem sérias consequências quando se trata do poder público ao executar políticas que deveriam beneficiar a população ao realizar obras que são direito de todo cidadão** (ARAUJO, 2008, *online*, grifo nosso).

Como mencionamos acima, a proposta de se criar um complexo de serviços ambulatoriais e especializados em saúde mental favorece uma lógica biomédica, de fragmentação dos serviços e de ações ditas especializadas, distanciadas da rede como um todo. Esse quadro evidencia que ainda estamos amarrados a lógica de higiene moralizante que marcou o processo de urbanização e crescimento da cidade.

De que maneira o NASF de Maringá pode contribuir com a desconstrução dessa lógica?

Esse é o momento do trabalho em que devemos recuperar aquelas questões que apresentamos no início desse trabalho e que nos colocaram no caminho dessa pesquisa: de que maneira o NASF pode contribuir para desenvolver e/ou fortalecer os pontos de interseção das RAS e, consequentemente, fazer o SUS avançar no sentido da atenção integral à saúde? De que maneira o NASF tem se relacionado com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)? Quais são as concepções, ações e projetos, no âmbito da saúde mental, presentes na operacionalização do NASF? Como o NASF pode ser um dispositivo mobilizador de uma práxis psicossocial?

São elas que buscamos responder, a seguir, mais diretamente a seguir.

4.3. A práxis de um NASF: desvelando a terceira camada de análise

Como já dissemos anteriormente, o NASF foi implantado em Maringá no ano de 2010, com o credenciamento de 07 equipes. O que não explicamos ainda é como se deu esse processo. Chegamos a mencionar que a implementação do NASF se deu após a realização de um estudo iniciado ainda em 2009. A entrevista realizada com a coordenadora dos NASFs de Maringá deixou isso bem claro. A implementação do NASF nesse município se deu por meio de um processo de estudo e diálogo, realizado por uma comissão de gestores da Secretaria Municipal de Saúde que, segundo ela:

> [...] envolvia a gerência de promoção à saúde, que aí tem tudo a ver com o NASF, envolvia a nossa gerente de assistência e assistência quer dizer todo o tipo de assistência em saúde, as linhas: saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso, saúde bucal, etc., aquelas linhas que o MS estabelece, né, como regras. [...] Tínhamos também representantes de algumas categorias profissionais, tínhamos representantes da Universidade Estadual de Maringá, pra ajudar a pensar essa construção. E eu estava compondo essa comissão na época como representante da Atenção Básica (GESTOR RAB).

A comissão, entre outras questões, colocou em discussão três pontos centrais: quantas equipes de NASF seriam implantadas, quais categorias de profissionais iriam compor esses núcleos e as quais UBSs elas estariam vinculadas. A comissão decidiu por implementar 07 NASFs na modalidade 01, proporcionado vinculação com todas as Equipes de Saúde da Família existentes em seu território, numa média de 09 Equipes de Referência para cada NASF. Além disso, a comissão refletiu sobre os indicadores e necessidade municipais de saúde e, a partir disso definiu as categorias profissionais: psicólogos, educadores físicos, nutricionistas, farmacêuticos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas. O arranjo de profissionais para cada NASF, dentre essas categorias, foi realizado posteriormente, pela pactuação com as Equipes de Referência.

O NASF pesquisado conta com os seguintes profissionais: uma assistente social, uma educadora física, duas nutricionistas, uma psicóloga e dois terapeutas ocupacionais. Esta equipe está vinculada a 09 ESFs, distribuídas em 03 UBSs.

Sistematizamos algumas informações sobre atividades das quais tivemos a oportunidade de presenciar e acompanhar. A maioria das informações que fazem parte dessa análise foi extraída do diário de campo. Reunimos as atividades em 07 categorias empíricas que configuram diferentes **contextos de trabalho** do NASF. A partir dessas categorias, identificamos alguns dos instrumentos e ferramentas de trabalho que têm sido utilizados pelo NASF pesquisado. Vejamos.

A) Reuniões das Equipes de Referência (ER) e NASF

Foi possível acompanhar 19 reuniões entre NASF e equipes de Saúde da Família (ER). Nesses locais onde desenvolvemos nossa pesquisa, cada ER realiza reuniões semanais. Nas reuniões observadas, o NASF sempre enviava de 3 a 5 representantes para estarem presentes. Nelas verificamos a realização do apoio matricial, com a discussão de casos e situações relacionadas aos

usuários e familiares atendidos pela ER. Presenciamos o compartilhamento da clínica e realização de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). A presença do NASF, com profissionais de diferentes especialidades, criava um espaço para trocas de saberes e para o apoio técnico-pedagógico das ERs. Nestas reuniões, percebemos também a realização de Projetos de Saúde no Território (PST) e pactuações em saúde. Tivemos a oportunidade de presenciar a elaboração dos Planos Anuais de Saúde para 2013. Estes foram pactuados pelas ER, com apoio do NASF e este, por sua vez, recebeu orientações da gestão central da Secretaria Municipal de Saúde, para discutir a pactuação de alguns indicadores com cada ER específica.

B) Reuniões gerais das UBSs.

Nesses locais pesquisados, cada UBS realiza reuniões periódicas mensais ou bimestrais (conforme necessidade). Tivemos a oportunidade de acompanhar 07 dessas reuniões, nas quais o NASF contribuiu para organização das mesmas e mobilização da participação dos demais profissionais. Constatamos a discussão sobre os processos de trabalho e sobre os modos de composição e de operacionalização do trabalho em equipe. Em muitos momentos, a equipe NASF foi requisitada pelo núcleo administrativo das UBSs (composto pela diretora da UBS e por profissionais administrativos auxiliares) para sensibilizar e refletir com as equipes sobre mudanças necessárias, tais como: estratégias de substituição de consultas agendadas, mediante faltas de usuários; problemas com o gerenciamento e uso inadequado de recursos disponibilizados na UBS; mudanças no fluxo de atendimento; entre outros. O debate sobre os processos de trabalho específicos muitas vezes também levou a discussão de temas relacionados a produção do cuidado e da atenção. Presenciamos o NASF utilizando esses espaços de reuniões gerais da UBS para tratar dos temas como saúde do trabalhador e violência doméstica, por exemplo.

C) *Grupos de Trabalho de Humanização (GTH).*

O Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) é um dispositivo criado pela (PNH) com o objetivo de intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde para todos. “O GTH institui-se em qualquer instância do SUS e é integrado por pessoas interessadas em discutir os serviços prestados, a dinâmica das equipes de trabalho e as relações estabelecidas entre trabalhadores de saúde e usuários” (Brasil, 2006c, p.5). Em uma das UBSs vinculadas ao NASF, a existência do GTH era anterior à implantação da referida equipe de apoio. Nas duas outras

UBSs, às quais se vincula, o NASF teve papel fundamental na criação desses grupos. Tivemos a oportunidade de participar de 04 reuniões do GTH. Vimos que o GTH promove, ao mesmo tempo, uma "parada" e um "movimento" no cotidiano do trabalho, permitindo a reflexão coletiva sobre o próprio trabalho, dentro de um espaço onde todos tenham o mesmo direito de dizer o que pensam, de criticar, de sugerir e propor mudanças no funcionamento dos serviços, na atenção aos usuários e nos modos de gestão.

D) *Grupos de prevenção e promoção da saúde.*

Existem grupos de promoção de saúde desenvolvidos por cada equipe de Saúde da Família (ER). Nas 04 oportunidades que tivemos de acompanhar trabalhos com grupos de promoção da saúde: 01 reunião de grupo de adolescentes, 03 reunião de grupo de artesanato/convivência. Notamos que representantes do NASF contribuíram com a criação e com a programação dos grupos. Alguns desses grupos já existiam mesmo antes da implementação do NASF. Outros foram recuperados ou criados pelo NASF, mas todos eles são coordenados por profissionais da ER.

Também foi possível acompanhar 1 passeio organizado com o grupo de prevenção de agravos provocado pelo Diabetes Mellitus, além de duas atividades de sala de espera.

Ainda acompanhamos a programação de 04 ações do calendário de saúde estabelecido pela Secretaria da Saúde, nas quais o NASF também se envolveu tanto na organização, como na participação das atividades, tais como: semana de combate ao câncer do colo do útero, na semana de saúde do homem, na semana de saúde na escola, festa junina realizada em conjunto com os usuários da UBS. Entretanto, queremos sinalizar que estas ações, nós tivemos apenas a oportunidade de observar a sua programação. Não estivemos presentes em sua execução. Outras ações, além dessas, foram realizadas pelo NASF, em parceira com as ESFs, ao longo do período em que a pesquisa foi realizada, tais como: semana da amamentação, mês do idoso, dentre outras. Essas, especificamente, nós apenas os ouvimos fazer menção.

E) Oficinas de Apoio Institucional ao PMAQ e APSUS.

Em 2012, alguns profissionais desse e dos outros NASF do município foram nomeados como Apoiadores Institucionais pela Portaria Municipal nº 003 (MARINGÁ, 2012b), visando o desenvolvimento de ações para estruturação das redes temáticas, do apoio às equipes inscritas no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), do Ministério da Saúde e do Programa

de Qualificação da Atenção Primária em Saúde (APSUS), da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná. Presenciamos a ação de apoio institucional para implementação do PMAQ em 2012 e a ação de apoio institucional na realização das oficinas de qualificação do APSUS em 2013. Nessas ações foi possível presenciar o desenvolvimento de apoio técnico e formativo. Os profissionais do NASF atuaram como tutores e facilitadores de grupos de trabalho relacionados aos temas de planejamento, levantamento de indicadores, reconhecimento de recursos das redes de saúde do município, estabelecimento de fluxos de acolhimento e encaminhamento, entre outros. Esses contextos permitiram ao NASF o desempenho de um papel importante na gestão do trabalho e educação permanente em saúde.

O PMAQ é um novo e importante instrumento criado para possibilitar a concretização do estabelecimento de pactos de gestão a partir da efetiva participação trabalhadores da Atenção Básica (AB). Além disso, o PMAQ representa um processo profundo de mudança na lógica de repasse de recursos para a AB, vinculando o repasse de verbas ao desenvolvimento estratégico de pactuação de metas de acordo com as necessidades de população e resolutividade para o conjunto dessas necessidades. Propõe-se a induzir a avaliação constante dos papéis e ações da AB como parte das redes prioritárias, fortalecendo e reafirmando a AB como “porta de entrada” acolhedora e resolutiva para o conjunto das necessidades de saúde, criando condições concretas para que ela garanta e coordene a continuidade do cuidado nas demais linhas priorizadas nas redes.

Trata-se, portanto, de um instrumento de gestão, financiamento e de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, nos três níveis de governo, que pretende mensurar os possíveis efeitos da política de saúde com vistas a subsidiar a tomada de decisão, garantir a transparência dos processos de gestão do SUS e dar visibilidade aos resultados alcançados, além de fortalecer o controle social e o foco do sistema de saúde nos usuários (BRASIL, 2012d).

O APSUS é um Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde implementado em 2012 no Paraná, pela Secretaria Estadual de Saúde, voltado para o desenvolvimento de uma nova lógica para a organização da Atenção Básica. Seu objetivo é também estreitar as relações entre o estado e os municípios e fortalecer as capacidades de assistência e de gestão, com vistas à implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) na implementação do SUS (PARANÁ, 2013).

No acompanhamento das ações do APSUS também foi possível presenciar o caráter de apoio técnico e formativo presente no NASF. Na ocasião em que esta pesquisa estava sendo desenvolvida, a rede temática que estava sendo enfocada no APSUS era a Rede de Atenção à

Urgência e Emergência. Tivemos a oportunidade de acompanhar o trabalho do NASF nas oficinas de formação, reflexão e debate da Rede de Atenção à Urgência e Emergência do município e do estado do Paraná.

F) Reuniões de Apoio Institucional à Rede de Prevenção e Atenção à Violência.

Tivemos a oportunidade de acompanhar membros do NASF em 03 reuniões da Rede de Prevenção e Atenção à Violência. Essa rede foi criada em 2007, por iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde. Trata-se de um colegiado intersetorial constituído por secretarias municipais, instituições de ensino, delegacias, polícia militar e ministério público. Em 2011 foram formados 13 grupos locais, descentralizados, reunindo representantes das secretarias municipais de saúde, educação, mulher, assistência social, ONGs e conselho tutelar.

Durante os anos de 2011 e 2012, ocorreu a realização de capacitações e oficinas para que os profissionais dessas instituições pudessem se instrumentalizar para, integrados, identificarem e refletirem sobre os problemas de violência enfrentados, criando soluções efetivas, diminuindo os índices e as consequências da violência. O objetivo desses grupos, portanto, é integrar as ações de prevenção e atenção à violência nos territórios específicos. Os grupos se reúnem mensalmente em suas localidades, com representantes dos diversos serviços do território (UBSs, escolas, CRAS, Conselho Tutelar, entre outros) e uma vez ao mês ocorre também uma reunião dos seus representantes dos 13 grupos da rede, para que os mesmos possam dirimir dúvidas e traçar diretrizes e encaminhamentos que são comuns a todos os grupos.

Foi criado um protocolo de produção de dados que permite não só a notificação e estabelece o fluxo de atenção aos casos, mas também permite um reconhecimento estatístico e estudo qualitativo das informações. Esse protocolo tem contribuído para nortear o planejamento das políticas públicas voltadas à prevenção e erradicação da violência. As notificações são alimentadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde.

Segundo Palácios, et. al. (2013), desde que os grupos foram criados e capacitados, houve aumento de 187% nas notificações nas fichas do SINAN. No ano de 2011, foram registradas 57 notificações. Até outubro de 2012, já havia 213 casos notificados.

O NASF pesquisado é responsável pela coordenação de dois desses grupos da rede. Na ocasião dessas reuniões, as notificações registradas no território são analisadas, o fluxo de atenção e os encaminhamentos são verificados e as dificuldades encontradas em cada uma das situações

são debatidas. A responsabilidade pelo cuidado é compartilhada entre todos os membros de instituições ligadas a pessoa e/ou famílias vitimadas pela violência.

G) Reuniões de matriciamento conjunto entre CAPS, NASF e ESFs

Durante o período em que esta pesquisa de campo ocorreu, tivemos a oportunidade de presenciar 02 reuniões de matriciamento conjunto realizadas entre CAPSi, NASF e ESFs. Nessas duas ocasiões, representantes das escolas do território, ligadas aos casos e situações de alunos que seriam referenciados, foram também convidados.

Os profissionais do CAPSi conduziram as reuniões, discutindo situações de crianças e famílias atendidas no CAPSi que são da área de abrangência das ESFs e, portanto, do NASF a elas vinculado. Todos os presentes discutiram e ponderaram sobre os Projetos Terapêuticos Singulares, sanando dúvidas e propondo sugestões. Os casos que deixariam de ser assistidos pelo CAPSi puderam ser identificados pelas ESFs e NASF, para que os mesmos continuem dando a devida atenção aos mesmos na Atenção Básica. Os profissionais do CAPSi também reforçaram a importância de que a ESF realize visita domiciliar com frequência às famílias cujas crianças/adolescentes estão sendo acompanhadas pelo referido CAPS, para verificar a adesão e fazer orientações. Em uma das reuniões foram discutidos 11 situações e na outra, 13.

Além das reuniões de matriciamento conjuntas realizadas pelo CAPSi, a equipe de NASF também relatou que ocorrem essas reuniões de matriciamento conjunto entre CAPSad, NASF e ESFs. Não tivemos a oportunidade de participar de nenhuma delas. Segundo os profissionais do NASF, o processo de condução das reuniões é bastante semelhante.

Tendo em vista todas essas ações mencionadas, em nosso entendimento, a indissolubilidade da gestão, da atenção e da formação se evidenciaram no trabalho da equipe de NASF que foi por nós observada.

Analisando essas 07 categorias de contextos de trabalho, foi possível perceber o NASF como uma Unidade de Produção, por meio da qual se operacionaliza a função apoio. Trata-se de uma equipe que coloca em análise os métodos de trabalho instituídos, incentiva trabalho cooperativo das demais equipes, estimula troca de saberes, propõe a análise dos movimentos institucionais e a criação de processos de trabalho que não distanciem as atividades da gestão e da atenção.

Analisaremos, a seguir, as 03 categorias empíricas que, para nós, sintetizam os principais **processos de trabalho** do NASF pesquisado. Para tanto, utilizaremos informações extraídas das entrevistas e as dos grupos de discussão. Em alguns momentos, retomaremos as categorias de contexto de trabalho, que foram acima sistematizadas, pois foram nesses contextos que os processos de trabalho se expressaram. As categorias de processo de trabalho que analisaremos nesse ponto são: H) Territorialização do cuidado: a inserção do NASF em um território de saberes e práticas já existentes; I) Apoio Institucional e Cogestão: por uma reorientação dos processos de trabalho; J) Apoio matricial, clínica ampliada e corresponsabilização da atenção à saúde.

H) Territorialização do cuidado: a inserção do NASF em um território de saberes e práticas já existentes

De acordo com o MS (BRASIL, 2009), o principal objetivo do NASF é apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, ampliar a abrangência e a resolutividade do escopo das ações da Atenção Básica, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde.

Territorialização e regionalização em saúde são concebidas como responsabilidade de uma equipe sobre a saúde da população a ela vinculada. Para tanto, os profissionais devem ser capazes de desenvolver raciocínio clínico, epidemiológico e o sócio-político sobre a realidade sanitária dessa população, de modo a identificar os meios mais efetivos para promover e proteger a situação de saúde da coletividade. Estão incluídos nesse processo o olhar e o manejo de riscos, de vulnerabilidades e de potencialidades coletivas. Entretanto, é importante ter em mente que a responsabilidade sanitária do NASF e seu processo de territorialização devem ser complementares aos das ESFs (BRASIL, 2009).

Portanto, o primeiro território que o NASF precisará reconhecer e dimensionar é o próprio território de saber e práticas que constituem as UBSs nas quais desenvolverá suas ações. Como está organizado este território "porta adentro" da UBS? Quais os recursos materiais, técnicos e humanos ali disponíveis? Quantas são e quais são as ESFs ele referenciadas? Enfim, qual é o conjunto de saberes e práticas ali existentes? Como o NASF é um programa novo, os próprios profissionais que recebem os NASF acabam também precisando passar por esse processo recíproco de reconhecimento.

Sendo assim, queremos chamar atenção para esse aspecto peculiar do processo de territorialização do NASF. No NASF por nós pesquisado, pudemos perceber que esse processo de territorialização “porta adentro” da UBS teve diferentes significados, tanto para os profissionais que compunham o NASF, como para aqueles que estavam “recebendo” essa proposta pela primeira vez.

A equipe de NASF que acompanhamos foi inicialmente comporta por 05 profissionais (01 psicóloga, 02 terapeutas ocupacionais, 01 nutricionista e 01 educadora física). Entretanto, na passagem do segundo para o terceiro ano de implementação do programa, a equipe pesquisada passou por um processo de ampliação, com a inserção de mais 01 nutricionista e 01 Assistente Social.

Os profissionais do NASF declararam que para iniciar suas atividades, eles mesmos precisaram construir juntos um entendimento acerca da proposta de trabalho que seria iniciada por eles:

> E quando a gente começou o nosso NASF aqui, a primeira coisa que a gente fez foi realmente estudar novamente a cartilha, porque não tinha conhecimento de qual o trabalho do NASF, estava começando no país inteiro. Então o que a gente sabia era assim: não era pra ser agendado, não era para entrar no consultório e atender. Tá, mas psicólogo não vai fazer isso? O que o psicólogo vai fazer? Então, devagarinho a gente foi se envolvendo, vendo o trabalho... então a gente foi assim, vendo o que poderia ser feito, a princípio a gente ficou assim, meio difícil entender as equipes, como chegar na equipe. Eles viam a gente com olhos "de quem são eles?; que eles vieram fazer?". Tudo assim muito novo para todos os lados. Foi preparado, teve reuniões pra receber a gente, pra saber quais profissionais que viriam pra cá. Mas, por exemplo, quanto ao psicólogo, a princípio, qual que era o pensamento das pessoas? Que eu ia entrar numa sala e atender. Que ia desafogar a lista de espera. Então esse foi o primeiro momento. Depois com o tempo, foi se vendo que não era isso [...] (PROFISSIONAL DO NASF 07).

Por meio dessa fala, podemos perceber que o processo de territorialização do NASF foi atravessado pelo próprio desconhecimento acerca da proposta de trabalho do referido programa, tanto por parte daqueles que dele iriam fazer parte, como por parte daqueles que seriam seus parceiros, suas equipes de referência. O NASF, tal como debatemos teoricamente no capítulo 3, é um programa inspirado em propostas que lhe são anteriores e que buscam a superação da lógica formal de produção taylorista incorporada na área da saúde, caracterizada pela fragmentação dos saberes e práticas. Mas, inicialmente, nem mesmo os profissionais que vieram a constituir o NASF

pesquisado, tinha clareza disso. A profissional acima referida demonstra sua dificuldade para explicar qual seria sua função e quais seriam seus contextos de atuação.

O NASF, enquanto proposta, permite e convida os profissionais que dele fazem parte a romper com práxis reiterativa ou imitativa, que é aquela que se desenvolve a partir de "modelos" que foram previamente construídos em outras situações diversas daquela que originaram sua criação (VÁZQUEZ, 1997).

O processo de implantação e territorialização do NASF exige que os profissionais com ele envolvidos, desde o princípio, desenvolvam práxis criadora e também a práxis reflexiva. A práxis criadora exige capacidade de dialogar, problematizar, intervir, ponderar sobre uma dada ação e, a práxis reflexiva, por implicar em uma "reflexão sobre a práxis", contém em si, as possibilidades de transformação. Estes tipos de práxis possibilitam o enfrentamento das novas necessidades ou situações por meio da criação permanente de novas soluções.

O excerto de entrevista acima expressa as dificuldades iniciais, mas termina demonstrando a emergência de um processo de transformação, pois a profissional afirma que, depois das reuniões, do diálogo, dos questionamentos feitos, foi percebeu que o trabalho do psicólogo, por exemplo, não era o de repetir o modelo já conhecido.

Achamos interessante confrontar a fala dessa profissional do NASF, com a fala do profissional C da UBS 02. A perspectiva desse profissional era de quem estava na posição de "receber" os profissionais e a nova proposta que com eles vinha:

> Eu sei que nenhum outro profissional foi tão bem recebido como o NASF. Muito antes dele chegar, nós ficamos discutindo como seria a recepção desses profissionais, como integrá-los às equipes... essas coisas. No pouco que existia uma história, quando o PSF chegou né, o PSF foi rejeitado pela UBS. Até hoje tem pessoas que mantém um pouco esse discurso na UBS. Para o NASF não passar pela mesma situação, teve essa preocupação que eu nem sei da onde surgiu, mas teve essa preocupação. E daí nós começamos a pensar e fizemos acho que uma recepção de um café, essas coisas assim. Fizemos também um curso para eles... a gente meio que organizou um minicurso, alguma coisa, com a participação e com palestra feitas por mim, por uma professora de Enfermagem da UEM, pelo então presidente do Conselho Municipal de Saúde. Fizemos isso pra que eles se sentissem bem, para passar algumas informações... (PROFISSIONAL C, UBS 02).

Esse trecho de entrevista, realizada com o referido profissional, demonstra que foram criados espaços de conversa para troca de saberes e informações entre os profissionais recém-chegados do NASF e outros profissionais, gestores, educadores e representantes da comunidade.

Trata-se de um processo importante para possibilitar esse processo de implantação do NASF de modo participativo.

De acordo com o MS (BRASIL, 2014) diferentes fontes de dados podem ser utilizadas para o levantamento de informações sobre o território de abrangência das equipes que compõem a Atenção Básica, tais como: sistemas oficiais de informação em saúde, dados do cadastro de pessoas atendidas nas UBS, prontuários, atas de reuniões, registros de atividades individuais e coletivas, ações de territorialização e mapeamentos realizadas, entre outras. Mas, "informações relativas à percepção e a expectativas sobre as necessidades do território em questão também devem ser buscadas com os gestores e profissionais da Atenção Básica, além de representantes da população, [...] possibilitando sua contribuição e participação na ação decisória de implantação do NASF" (BRASIL, 2014, p. 26).

A fala desse profissional da UBS ilustra que houve uma preocupação, nesse sentido, sendo realizados esses momentos na implantação desse NASF. No entendimento dele, foi uma boa maneira de receber a equipe.

Entretanto, por mais que essa ação tenha sido desenvolvida no sentido de evitar resistências e falta de esclarecimento por partes dos profissionais que já trabalhavam no local, percebemos (e sabemos) que resistências não se dissipam facilmente e de uma vez por todas.

Esses atores (sejam profissionais ou usuários), que já fazem parte do território, possuem uma importante leitura da realidade social. Essa leitura, sem dúvida, precisa ser compartilhada com o NASF, pois esses atores conhecem quais são as situações mais difíceis e/ou mais frequentes em seu cotidiano. Porém, conhecendo tão bem a realidade, esses atores acabam por levantar, previamente, expectativas relativas às áreas que necessitam de maior suporte do NASF e sobre quais deveriam, portanto, ser suas ações. Vejamos a fala dessas profissionais:

> [...] eu fui uma das pessoas que participei bastante dos encontros que a gente teve, da programação, do estudo, da análise da portaria e foi assim, muito bem vindo pra nós, um apoio, [...], principalmente pra mim, porque daí a gente veio ficar com mais uma assistente social na nossa equipe e daí a gente conseguiu dividir as tarefas, a assistente social do NASF ficou com a parte da comunidade e eu fiquei com os atendimentos individuais, que era uma sobrecarga muito grande, porque eu fico na UBS 02, mas eu fico de referência pra 13 equipes do PSF, pois eu atendo outras 05 UBSs. A sobrecarga é muito grande, então com a chegada do NASF aliviou bastante (PROFISSIONAL A - UBS 01, 02 e 03).

> Eu vejo que no começo as meninas queriam que a psicóloga do NASF atendesse, me ajudasse a dividir essa carga e demorou para que a psicóloga do NASF fizesse

> elas entenderem que essa não era a sua função e objetivo (PROFISSIONAL D, UBS 02).

Podemos notar a existência de uma sobrecarga de trabalho expressa no relato dessas profissionais. Tal como já analisamos em outros momentos, essa sobrecarga se deve a lógica biomédica e curativista por meio da qual o modelo de saúde continua a operar. Instaurar um movimento de mudança nesse contexto não é uma tarefa fácil. Uma das profissionais acima, por exemplo, afirmou ter participado bastante da programação de estudo e análise da portaria do NASF. Mas mesmo assim, suas expectativas a respeitos das ações dos profissionais do NASF estavam em discrepância com as diretrizes colocadas para orientar as ações os mesmos. Não é uma proposta fácil de compreender, quando toda a lógica de trabalho ao redor, está apontada para outra direção.

> Pra mim, é difícil definir o NASF, porque todo mundo confunde o NASF. Quando eu entrei, coincidiu que a assistente social da UBS entrou de férias. Então, casos que seriam para ela, começaram a ser encaminhados pra mim. Como eu não tinha tantas atividades no começo, eu falei pra minha equipe se eu poderia ir atendendo, porque assim, eu já ia aprendendo e não ficava só acompanhando eles. Aí, eu comecei a assumir casos, porque ela estava de férias e depois ela precisou tirar uma licença. Então, quando eu vi, eu estava superlotada de casos das 03 UBSs, fazia visitas com a ESF com meu próprio carro e eu estava sem tempo para fazer as ações com minha equipe de NASF. Então, daí, a gente [equipe do NASF] se reuniu e eu entendi que eu tinha que colocar isso pra mim mesma, que o NASF não é a porta de entrada. Mas eu tinha dificuldade também de colocar isso para as enfermeiras, por exemplo, eu não conseguia falar não (PROFISSIONAL DO NASF 06).

Nesta pesquisa, temos debatido que o NASF apresenta-se como uma proposta que contribui para instaurar a mudança dos processos de trabalho, na direção da práxis psicossocial. Porém, nesse processo de territorialização “porta adentro”, essa proposta precisa ser conhecida, debatida e refletida pelos profissionais do NASF, não apenas no começo do processo, mas no cotidiano da produção do cuidado. Outros profissionais do NASF expressam a necessidade de manter vivo esse debate:

> [...], embora a gente queira desconstruir o modelo, ele [o sistema] está organizado para que o modelo se mantenha. Nós temos uma demanda louca. É culpa do planejamento e da gestão? É também. Tem as suas dificuldades como em todo lugar, né? Mas eu penso que é uma questão cultural também do brasileiro, de não se cuidar, de não agir preventivamente, de vim naquela hora que "a coisa já ficou preta". Então, eu acredito que o nosso papel enquanto NASF é realmente ajudar essa ESF, que é tão boa na assistência, no curativo, no tratamento, a implantar essa visão de promoção e de prevenção também (PROFISSIONAL DO NASF 03).

> [...] desde o começo a gente já se organizava para fazer reuniões com cada ESF. Então, nestas reuniões eu sempre buscava discutir a minha área, né? Perguntando para as equipes se tinha demanda para o desenvolvimento de atividade de práticas corporais, se eles viam a necessidade de fazer as ações de Promoção da Saúde e se eles viam na população também o interesse de praticar exercícios. E muitas equipes colocaram que havia interesse de tá implantando grupos de atividade física. [...] E eu fui resgatando daí com cada equipe a necessidade de estar formando esses grupos (PROFISSIONAL DO NASF 01).

Essas dificuldades relativas à mudança de modelo e outras resistências fazem parte, portanto, do processo de territorialização do NASF, que estamos denominando de territorialização "porta adentro". Principalmente se as ESFs, que são suas equipes de referência, não estiverem dispostas a realizar o devido vínculo com os profissionais do NASF, dificilmente o NASF conseguirá cumprir sua função.

> Então, também depende do perfil da gestão local e principalmente, depende do perfil da ESF. Porque se você ignora a presença do NASF, aí não tem como você apoiar quem te ignora. Tenho isso? Claro que eu tenho isso! Claro que eu tenho, porque eu tenho gente que não quer ajuda. Que não precisa de apoio. Ou que acha que ele vai conduzir tudo. Que ele vai atender, que ele vai conduzir. Mas, você não explicou? Explicamos. Nós fizemos oficina com as ESFs. Eles fizeram oficinas mostrando quem são eles, para que eles servem, fizeram também... porque isso foi todo o primeiro ano e segundo ano do serviço. (GESTOR RAB).

Existem aspectos intersubjetivos, que somados às dificuldades relacionadas à mudança dos processos de trabalho, levam tempo para serem elaborados. As resistências vivenciadas nesse processo de trabalho de territorialização não dizem respeito apenas à compreensão do NASF enquanto proposta e portaria. Estão também relacionadas a aspectos intersubjetivos da relação necessária entre a equipe de NASF e as ESFs:

> Então, a gente sabe que tem que se planejar, que tem que se adaptar àquela realidade. E pra conhecer aquela realidade precisa de chão. Porque, quando eu entrei no NASF também, tinha saído uma nutricionista que estava com alguns trabalhos iniciados e eu entrei [...] Não sabia dos trabalhos que ela tinha e ela tinha um relacionamento bom com as equipes, né. Então, quando eu entrei no NASF, as Equipes de Saúde da Família (ESF) também tiveram resistência a mim. Eu senti. Então, demorou uns seis meses daquele ano para eu me entrosar com as ESFs, para descobrir o que que tinha e que estava inacabado e o que eu podia retomar e, enquanto isso, eu fui tentando iniciar outros trabalhos com as ESFs que tinham mais abertura (PROFISSIONAL DO NASF 02).

O processo de trabalho de territorialização do NASF não pode perder de vista o processo de vinculação com as ESFs. Nesta pesquisa, interessamo-nos por compreender como se deu esse processo. Os grupos de discussão realizados com cada uma das equipes foram ferramentas importantes para levantar informações e compreender como a vinculação se processou e ainda se processa. Como mencionamos no início deste capítulo, esses grupos de discussão tiveram a seguinte questão como norteadora para o debate: "após três anos de implementação do NASF, como temos pensado, entendido e avaliado essa proposta?".

A realização dessa atividade foi previamente proposta aos atores envolvidos e demos a liberdade para que a equipe de NASF estivesse ou não presente nessa ocasião. A equipe de NASF esteve presente em 05 dos grupos de discussão. Nesses casos, tanto as ESFs, quanto a própria equipe de NASF, declararam que se sentiam a vontade para participarem juntas do grupo de discussão. Esse processo foi conduzido assim, até que, por ocasião da realização do 6º grupo de discussão, a ESFs pediu para que o NASF pesquisado não participasse da discussão, pois, dessa maneira, a equipe se sentiria mais à vontade para se expressar. O NASF acatou a solicitação desta ESF e nas outras 03 ocasiões que se seguiram, os profissionais da equipe de NASF disseram que tinham outras atividades para realizar e que eles achavam que assim, as ESFs teriam mais liberdade para se manifestar.

No decorrer do debate desencadeado pela questão norteadora, das 09 ESFs, apenas 03 mencionaram que nunca tiveram dificuldades para estabelecer vínculo com a equipe de NASF, nem mesmo dificuldades iniciais. Outras 3 mencionaram ter dificuldades iniciais, mas que as mesmas foram sendo superadas ao longo do tempo em que estão trabalhando juntos e 3 ESFs mencionaram que ainda não conseguiram estabelecer vínculo com o NASF.

Reunimos algumas falas que expressam resistências iniciais ao estabelecimento de vínculo: "No começo, houve certa resistência porque na nossa equipe, por exemplo, estava faltando médico e aí, veio o NASF. Então, ficamos pensando: por que contrataram esse monte de profissionais e não contrataram médico?" (ESF ROXA[61]). "No começo foi revoltante, porque eles [gestores da Secretaria Municipal de Saúde] achavam que o NASF iria nos apoiar no desenvolvimento de novas ações. Mas tudo o que eles [gestores] pediram para o NASF nos apoiar a fazer, nós já fazíamos. Depois vimos que eles vieram para melhorar nossas ações" (ESF AZUL).

[61] As ESFs de Maringá, para fins de distinção, são identificadas por números. Assim, nesse município temos da ESF 01 até a ESF 66, sendo assim denominadas. Para resguardar a identidade das equipes participantes da pesquisa, resolvemos diferenciá-las por cor, utilizando cores diferentes para denomina-las.

"Quando eles entraram, parecia que eles não tinham vindo para ajudar, mas para trazer mais coisas para serem feitas" (ESF VERDE). "Tivemos a impressão que eles eram 'espiões' do prefeito. (Risos)." (ESF VERDER).

"Houve um tempo de adaptação e integração. Mas, há mais ou menos um ano e meio, começamos a entender a proposta. No início, pensávamos que a responsabilidade do NASF era de atendimento individual" (ESF LARANJA).

As 03 equipes que expressaram que ainda não conseguiram estabelecer vínculo com o NASF, foram também aquelas nas quais o NASF não estava presente no grupo de discussão, sendo que uma delas, inclusive havia solicitado ao NASF que ele não estivesse presente. Um profissional dessa ESF, no momento do grupo de discussão, expressou: "Às vezes, é como se eles [NASF] estivessem lá na sala deles e nós, aqui na nossa". Aproveitamos essa oportunidade para debater com essa ESF que aquele momento de discussão, por nós realizado, poderia ter sido uma ocasião para apontar, problematizar e desfazer algumas dificuldades impostas ao desenvolvimento do vínculo de trabalho entre as equipes. Mencionamos que o fato deles terem solicitado para o NASF se ausentar desse grupo de discussão pode tanto ter sido expressão de uma reação ao fato do NASF "permanecer na sala dele", como também uma ação que envia uma mensagem ao NASF para ele "permanecer na sala dele".

Com essas ESFs que mencionaram ter dificuldade para se vincular ao NASF, buscamos problematizar os motivos que atribuíam para essa dificuldade de vinculação. Alguns dos motivos foram assim expressos: "Eles só arrumam trabalho. Eles não resolvem; eles devolvem para nós, ACSs fazermos" (ESF VERMELHO). "O Ministério da Saúde atribui muitas equipes para eles acompanharem. A gente queria que eles estivessem mais próximos para desenvolver as ações, mas eles já têm várias outras atribuições. São facilitadores do APSUS, do PMAQ e isso acaba os absorvendo" (ESF MARROM). "O NASF não tem tempo para acompanhar o trabalho de todas as equipes. Eles precisam transitar por 03 UBSs diferentes" (ESF MARROM). "Eles fazem muita cobrança em cima de nós. Eles vêm com falas do tipo 'vocês não podem ser pessimistas'. Eu acho que é cobrança que vem da Secretaria para eles e eles trazem para nós." (ESF ROXA).

Consideramos importante mencionar que, quando perguntamos qual era a frequência com que o NASF oferecia algum tipo de apoio ao desenvolvimento de suas ações, duas dessas equipes que manifestaram dificuldade para estabelecer vínculo com o NASF mencionaram que o apoio era "frequente". Pedimos para que eles esclarecessem o que isso significava e eles responderam que o

apoio a algumas ações era mensal e a outras era semanal. Uma dessas ESFs (ESF MARROM) chegou a citar 10 diferentes ações realizadas em conjunto: grupo de caminhada, acompanhamento de pré-natal, palestras, grupos de diabéticos, atividades com adolescentes, organização das reuniões gerais, GTH, atendimento assistencial conjunta aos casos necessários, reunião da Rede de Prevenção e Atenção à Violência e ações de campanha. De todas equipes, esta foi a que mencionou maior quantidade de ações desenvolvidas em conjunto com o NASF.

Isso nos faz perceber que a questão do vínculo entre as equipes não pode ser pensada só a partir das ações que realizam em conjunto ou não, mas temos que levar em conta aspectos intersubjetivos que perpassam essa relação. Esse trecho da entrevista realizada com uma profissional do NASF evidencia que eles têm clareza dessas dificuldades de vinculação e, ela procura orientar os demais colegas do NASF nesse sentido:

> Eu falo assim, a gente aprendeu a conhecer cada um da equipe, então eu falo sempre pros colegas de equipe, principalmente pras meninas mais novas que entraram depois, da importância de você conhecer a ESF. Mas conhecer a equipe assim, cada um individualmente. Faz toda a diferença no trabalho da gente. [...] o psicólogo tem clareza da importância disso pro trabalho, mas ao mesmo tempo, os outros profissionais no NASF precisam entender que isso faz parte do apoio do NASF. Então, se a equipe não está bem, se a pessoa não está bem, se você tiver esse discernimento pra chegar, perceber até a questão de como que você tá hoje, isso ajuda no trabalho que a gente tem que fazer como NASF (PROFISSIONAL DO NASF 07).

As outras duas equipes que expressaram ter dificuldade para se vincular ao NASF mencionaram apenas 03 ações desenvolvidas em conjunto (atenção aos grupos de gestante, hipertensos e grupo de artesanato com foco em saúde mental). Uma dessas duas ESFs mencionou que o desenvolvimento de ações em conjunto acontece “muito raramente”. Também perguntamos o que isso significava. Eles responderam que algumas ações que já são rotina acabam gerando participação conjunta semanalmente (grupo de caminhada e apoio nutricional). Outras ações, que exigem programação conjunta prévia, são mais esporádicas ocorrendo quinzenalmente ou até mensalmente apenas, como por exemplo: visita domiciliar conjunta e ações de sala de espera.

As outras 06 ESFs que expressaram ter bom vínculo com o NASF relataram: “O NASF ajuda a enfrentar as dificuldades, corre junto, ajuda a programar as ações” (ESF LARANJA). “Hoje, de tanto que eles nos ajudam, não tem mais como tirar o NASF fora, porque ele já faz parte da gente. Eles nos ajudam muito” (ESF ROSA). “Depois que eles entraram, houve maior motivação e orientação para executar as tarefas” (ESF VERDE).

> Hoje, eles caminham lado-a-lado. Por exemplo, tá acontecendo o processo de descentralização e a equipe tá revendo a distribuição da micro área, é... reformulando a área de abrangência da nossa equipe. Eles estão nos ajudando bastante nesse processo. É tão difícil a gente deixar tudo as casinhas que a gente já tá acostumado. Mas eles nos dão apoio até nisso, ajudando a gente a ver que a mudança também faz parte do trabalho (ESF AZUL).

Reunimos todas as atividades que foram citadas pelas 09 ESFs, para apresentar, em conjunto, quais são as atividades que, segundo elas mesmas, expressam o apoio recebido da equipe do NASF em questão (a quantidade de vezes que as ações foram mencionadas estão contabilizadas entre parênteses): apoio matricial (5), apoio à gestão dos processos de trabalho (5), educação permanente em saúde (3), grupo de caminhada (4), grupo de artesanato (4), grupo de gestante (4), grupo de puericultura (3), visita domiciliar (3), assistência direta ao usuário (2), organização de evento (1), passeio com grupos de usuários (1), suporte emocional ao profissional da ESF (1), grupo de convivência (1). Como podemos ver, 13 ações diferentes foram mencionadas como resultado da parceria ESFs – NASF.

No texto acima, transcrevemos uma sequência de falas que expressaram as dificuldades presentes no processo de vinculação entre ESFs e NASF, na perspectiva das ESFs. Abaixo, reunimos algumas falas dos profissionais do NASF relativas a esse processo. Também, acima, na investigação da construção do vínculo entre as referidas equipes, apontamos as atividades que as equipes reconhecem como atividades realizadas em conjunto. As falas abaixo são expressivas quanto a esses dois aspectos: como se deu o processo de vinculação e aponta algumas ações nas quais esse vínculo se manifesta.

> Isso hoje, eu falo assim, foi uma conquista muito grande da gente, dessa parceria, [...]. Agora, hoje a gente já escutou de equipes que já não conseguiriam mais viver sem o NASF, sabe? Coisas assim, em reunião geral, que pra gente foi muito gratificante. Então, são coisas assim gratificantes pra gente escutar isso: "vocês fazem falta, vocês modificaram nosso trabalho" e a gente percebe isso (PROFISSIONAL DO NASF 07).

> A gente consegue hoje, ter uma abertura com as equipes. Hoje a gente trabalha com os grupos, faz o trabalho de prevenção e promoção, que é a proposta do NASF e tem outras diretrizes dentro do NASF, também, que a gente trabalha. Então, o serviço não tem uma rotina. Seria diferente se você fosse trabalhar só com a parte clínica. Em restaurantes industriais teria uma rotina que nós não temos. Então, a gente tá sempre em movimento, sempre conversando com as ESFs, com pessoas novas. Mesmo que a gente faça o mesmo trabalho todos os anos, eles nunca vão ser iguais. Então, eu acho que é um trabalho que valeu a pena. O meu pensamento é prossegui no NASF, porque eu ainda não consegui me

> inteirar de tudo. Já são dois anos de trabalho e eu ainda não sei de tudo. Ainda estou aprendendo e tem umas equipes que eu ainda não consegui chegar. (PROFISSIONAL DO NASF 02).
>
> Então, as dificuldades são específicas de cada equipe, né. Como nosso NASF está vinculado a nove ESFs, não são nas nove que eu já consegui colocar alguma ação ou grupo de atividade física, né. Das que tem, cada uma já apresenta as suas características de dificuldades, que vão desde comunicação entre mim e as equipes, até para organização de algum evento, organização do grupo e eu sinto muito a dependência que as ESFs tem da minha pessoa para estar realizando essas atividades. Se eu não estou, dá impressão de que elas não acontecem de uma maneira boa, né? Porque eu escuto depois pelos usuários, que vem relatar que o grupo não foi tão bom, sem a minha presença. Então, uma grande dificuldade que eu colocaria aí é a dependência das equipes para que eu realize as atividades com eles (PROFISSIONAL DO NASF 01).
>
> Inclusive agora com o APSUS, PMAQ, tudo isso... abriu muito o processo de trabalho, então é uma coisa... é que nem você estar numa teia de aranha, você vai se envolvendo[...]. [...] nesses dias numa reunião as meninas falaram "Ah! Mas, vocês poderia ficar mais pra gente, mais especificamente pra gente". Mas eu acho assim... tudo isso que está acontecendo dentro da saúde, gerar toda essa mudança, faz parte do nosso trabalho também. Querendo ou não, faz parte do matriciamento que é um dos nossos papéis também, dessa maneira (PROFISSIONAL DO NASF 07).

Compreendemos que, somente após o processo de vinculação com as ESFs, foi possível ao NASF estabelecer nesse território um processo de territorialização “porta afora”. As ações citadas acima, desenvolvidas pelos profissionais do NASF no território, vão no sentido de fortalecer as ações identificadas como necessárias nesse território. Percebemos que, vencidas as dificuldades iniciais, outras dificuldades no processo de vinculação entre o NASF e cada equipe específica, vão surgindo: dificuldades de comunicação, dependência das ESFs para programar algumas ações, ou necessidades de que os profissionais estejam mais presentes durante a realização das atividades de assistência direta aos usuários.

Existe uma dinamicidade imposta ao trabalho do NASF difícil de ser administrada. Essa dinamicidade exige a práxis criadora e reflexiva, tanto por parte dos profissionais do NASF, quanto por parte dos profissionais das ESFs. Tomando a fala da profissional do NASF 02 como exemplo, percebemos que o trabalho do NASF não é um trabalho rotineiro. Trata-se de um trabalho que os faz estar sempre em movimento, estabelecendo diálogo e buscando soluções novas para o enfrentamento dos problemas. Mas esta dinamicidade tem as suas contradições. Trata-se de um trabalho amplo, que exige tempo, amadurecimento, discriminação de prioridades, caso contrário, pode virar uma teia aprisionadora (e não uma rede de possibilidades), tal como vemos expresso no

último trecho de entrevista acima. Além disso, tal como também foi exposto pelas próprias ESFs, a variedade e quantidade de equipes às quais estão vinculadas, muitas vezes impede um caminhar mais coeso.

A dificuldade para estabelecer o equilíbrio entre o estar junto com as ESFs, para fortalecer seus trabalhos, e o afastar-se delas, para não lhes gerar a dependência do especialista, é uma das dificuldades que precisam ser administradas por esses profissionais. Como disse uma das profissionais acima: "... tudo isso que está acontecendo dentro da saúde, gerar toda essa mudança, faz parte do nosso trabalho também".

Destacamos outro trecho de entrevista que nos ajuda a perceber esse processo constante de territorialização "porta adentro", realizada pelo NASF:

> Eu brinco com o pessoal que não conhece o NASF. Eu digo: "Olha, eu tenho dois pacientes no meu trabalho. Um é o paciente em si, a população. Eu tenho que olhar para ela, né. E o outro são os profissionais da Estratégia Saúde da Família". Então, apoio matricial para mim é isso: é estar sentando com a equipe, estudando o hiperdia, olhando não apenas se eles têm conteúdos, mas se eles sabem... por exemplo, cansei de fazer capacitação, em que eu sento com eles para estudar o hiperdia, para saber quais são as dificuldades, saber se as dificuldades estão centradas em saber o que é e como funciona o hiperdia, em o saber o que é a hipertensão. Então, eu tenho que saber quais são as dificuldades deles (PROFISSIONAL DO NASF 03).

Estar junto com a equipe, vincular-se a ela, entender quais são os processos de trabalho nos quais ela sente maior dificuldade, desenvolver esse espaço dialógico, fazer novas proposições e reflexões sobre a condução das atividades, chamar a equipe para compartilhar e dividir as responsabilidades, todas essas são atribuições do NASF que pudemos reconhecer, principalmente nos contextos de reunião com as ESFs, que são as reuniões em que as ações conjuntas são pensadas. Destacamos mais três excertos:

> Dentro desse sistema [SISVAN], a gente teria que lançar o acompanhamento nutricional: peso, altura, circunferência abdominal, ou de cintura e o consumo alimentar. Então, eu peguei o instrutivo do programa e repassei para as ESFs. Então, nas reuniões com ESFs, ou quando não dava para encerrar o assunto na reunião de equipe, eu marcava um dia a mais para estar discutindo o lançamento no SISVAN, falando a importância, da periodicidade que tinha que ter, e discutindo as responsabilidades, né, de quem era a responsabilidade dentro da equipe, de estar fazendo o lançamento (PROFISSIONAL DO NASF 02).

> Mas, nos grupos que eles chamam de artesanato, sempre que eu vou fazer um trabalho com eles, eu tento mudar para o foco para um grupo de convivência,

> porque se eu chamo de grupo de artesanato, eu afugento os homens, já, né? E, também, porque não necessariamente precisa ter só artesanato, pode ter dinâmica de grupo e pode ter um dia de uma cozinha saudável. Então, por isso, que eu gostaria de dar essa cara de um grupo de convivência, mas eu sempre chego não impondo, sempre trazendo essa reflexão para eles nas reuniões que a gente faz com as equipes (PROFISSIONAL DO NASF 03).

> [...] quando nós chegamos, a gente achava que tinha que montar grupos. Mas, depois, nós começamos a entender melhor e perceber o seguinte, que no caso dos grupos, a ESF tem que querer o grupo, porque é ela que vai tocar ele. A gente vai dar o apoio, por exemplo, a gente dá apoio para grupo de gestante, de adolescente, diabético, hiperdia, caminhada, artesanato, tudo isso a gente dá o apoio. Mas quem realmente tem que tocar, é a equipe. A equipe que tem que comprar a ideia. [...] A gente não pode assumir o grupo, porque a gente tem que dar apoio a todos os grupos de todas as equipes. Se a gente assumir, a gente não dá conta (PROFISSIONAL DO NASF 07).

Esse processo de "sentar junto" para levantar as dificuldades, problematizar as ações, compartilhar e chamar as ESFs a assumirem algumas responsabilidades pode ter despertado nos profissionais das ESFs a sensação de que o NASF não resolve os problemas, ele devolve em termos de problematização. Isso porque, a proposta do NASF vai no sentido de, no máximo, desenvolver o trabalho em conjunto com as ESFs, não de realizar o trabalho por elas, ou de realizar a assistência especializada. No caso dos profissionais da psicologia e da assistência social, que são profissionais presentes nas UBS de Maringá, vimos que essa confusão de papéis e de expectativas é mais constante. Nas demais áreas, essa confusão não pareceu tão constante.

Entendemos que é no trabalhar dessas contradições que reside o potencial transformador do NASF. Pareceu-nos que esse trecho da entrevista a seguir, corrobora essa ideia:

> Eu entendo, assim ... tem muita gente que acha utópico, mas pra mim é uma coisa maravilhosa, porque quando se tem a oportunidade de ter a percepção da necessidade da população, porque, até então, antes com as políticas públicas anteriores, a gente não tinha a oportunidade de perceber a demanda da população. Nos entregavam as ações de assistência à saúde prontas e o NASF nos possibilita escutar essa equipe, o ACS, pra saber de onde vem a demanda, onde estão os problemas da população para serem resolvidos. Então é uma proposta que apesar de parecer utópica, pra mim, parece a solução em termos de políticas públicas de assistência. Essa é minha visão ainda medíocre, porque eu ainda estou vendo de forma muito pequena o NASF, em razão do pouco tempo que estou nele. Mas, acho que no futuro, quando estiver bem mais organizado, porque esse programa é muito novo também, acho que vai ser uma das excelentes estratégias de saúde (PROFISSIONAL DO NASF 05).

A territorialização em saúde é um processo de trabalho que, a partir do conceito ampliado da saúde e frente à complexidade crescente em se trabalhar com os determinantes sociais da saúde, coloca-se como um processo de trabalho importante para a organização das estratégias de ação que integrem os diferentes planos de cuidado existentes no território. Essas ações devem estar voltadas tanto para pessoas e famílias singulares, como para grupos específicos (gestantes, hipertensos etc.) e comunitários. As ações enumeradas pelas ESFs (nos grupos de discussão) e pela equipe de NASF (nas entrevistas), como ações realizadas em conjunto, foram nessa direção. As ações de apoio matricial, apoio a gestão dos processos de trabalho, educação permanente em saúde e realização de grupos específicos foram as ações mais mencionadas.

Entendemos que essas ações tem ido ao encontro das principais necessidades levantadas no território "porta afora". Por meio dos grupos de discussão, buscamos levantar junto às ESFs quais eram os problemas de saúde identificados no território adstrito na área de atuação das 09 ESFs. O transtorno mental foi o problema de saúde mais citado (citado 6 vezes, entretanto, depressão foi citada 2 vezes, o que totaliza 8), juntamente com as cardiopatias (citada dessa maneira 1 vez, mas a hipertensão foi citada 7 vezes). Outros problemas de saúde enumerados foram: diabetes mellitus (5); artropatias (1); doenças crônicas (3); neoplasias (1); problemas respiratórios (1); lombalgias (1); viroses (1); problemas sociais como falta de lazer, de acesso à cultura e de incentivo à prática de esportes (1); ausência de espaços comunitários (2); população idosa (1).

Chamou nossa atenção o fato das ESFs terem mencionado os problemas relativos à saúde mental como um dos problemas mais frequentes, ao lado das cardiopatias, as quais, por sua vez, também costumam estar relacionadas com problemas de saúde mental, enquanto comorbidades. Para não nos apoiarmos apenas nos indicadores mencionados pelas ESFs, apresentamos os indicadores, condicionantes e determinantes sociais das RAS de Maringá, na primeira camada de análise. Naquele momento do texto, já analisamos que os problemas de saúde mental não aparecem em primeiro lugar entre os problemas de saúde da população maringaense, mas estão entre os que mais causam internação e demanda por consultas especializadas.

Voltando a nossa atenção mais especificamente para esse âmbito da saúde, que é o foco de nossa pesquisa, buscamos conhecer as propostas e ações desenvolvidas pelo NASF pesquisado relacionadas às demandas de saúde mental da população de sua área de abrangência. Como o processo de territorialização das ações envolve não só o reconhecimento das necessidades, mas também dos recursos disponíveis nesse território que favoreçam a produção coletiva da saúde,

procuramos compreender de que maneira essa equipe de NASF, em específico, reconhece e se relaciona com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Maringá.

O processo de trabalho de territorialização pode lançar mão de uma ferramenta já mencionada no capítulo 3 (p. 133 a 136), denominada Projeto de Saúde no Território (PST). “O PST funciona como catalisador de ações locais para a melhoria da qualidade de vida e redução das vulnerabilidades num território determinado” (BRASIL, 2009, P. 30). Essa ferramenta busca: a) estabelecimento das ações que seriam efetivas para o enfrentamento das dificuldades identificadas pelas ESFs no desenvolvimento da assistência; b) identificação de outros atores sociais e/ou instituições que seriam importantes para o projeto e poderiam estar com ele comprometidos, instaurando um processo de cooperação e parceria entre os diversos atores sociais do território.

Dentre as ações desenvolvidas, a realização de grupos de artesanato e de convivência aparece frequentemente associada ao âmbito da saúde mental. Ilustramos isso acima, ao enumerarmos as ações mencionadas por uma das EFS e destacaremos trechos de entrevistas em que os profissionais fazem essa associação:

> Para mim, da Educação Física, essa demanda [saúde mental] não chega, assim, diretamente. Nenhuma ESF chegou a passar diretamente nenhum caso, que eu me lembre, de um paciente que precisa de uma atenção, alguma coisa assim. Eles me convidam para participar dos grupos de artesanato e grupos de convivência, onde eles inserem esses pacientes, né. Geralmente, nesses grupos, o foco é o paciente com algum problema de saúde mental ou para prevenir problemas de saúde mental. Aí eles me chamam para participar desses grupos (PROFISSIONAL DO NASF 01).

> Então, antes da chegada do NASF, eu coordenava um grupo de saúde mental, o grupo foi uma coisa muito boa para pessoas com transtornos de depressão e uso de medicação controlada. Então, nós nos reuníamos todas segundas-feiras, no período da tarde e fazíamos bate papo, elas faziam artesanato (PROFISSIONAL A - UBS 01, 02 e 03).

> Vejo que o NASF ajuda na área de saúde mental, tanto na orientação com os outros profissionais, ACS, médicos... porque, na saúde mental existe muito preconceito. As pessoas não gostam de lidar com pessoas que tenham algum transtorno. Então, tanto para desmistificar isso, trabalhar com a família, com o próprio doente, não só a questão da doença, mas todo um contexto dele dentro da sociedade, dentro da própria família, está sendo feito através dos grupos de artesanato (DIREÇÃO, UBS 02).

> Se a gente tivesse livre acesso, ou melhor, um maior acesso a materiais, já que são grupos de habilidades manuais, a gente conseguiria fazer um trabalho muito, muito, muito legal aqui na Atenção Básica, nessa vertente dos grupos, que acaba sendo um "grupo de saúde mental", entre aspas, que se tem na Atenção Básica.

> São os “grupos de artesanato”, que eles chamam aqui em Maringá (PROFISSIONAL DO NASF 03).

Não foram todos os profissionais entrevistados que expressaram, na ocasião da entrevista, participação direta dos grupos de artesanato ou de convivência. Mas, pudemos observar que todos os profissionais do NASF participam conjuntamente com as ESFs da programação e da execução das atividades relacionadas a esses grupos. Na ocasião em que a pesquisa foi realizada, 06 das ESFs possuíam grupos de artesanato e/ou convivência. Em apenas 3, portanto, essa atividade não foi identificada.

Notamos que os profissionais do NASF faziam escala de revezamento para acompanhar todos os grupos existentes. Apesar de todos os profissionais do NASF participarem dessa atividade, pudemos perceber uma maior solicitação de apoio direcionada aos terapeutas ocupacionais, à assistente social e à psicóloga. Acreditamos que isso se deve ao fato de que o núcleo de saber desses profissionais está mais voltado para essa área, mas não chegamos a identificar aí, um problema de especialismo.

> [...] hoje à tarde eu vou no artesanato lá na UBS 03 também, acompanhando a assistente social do nosso NASF pra ver o andamento. Esse grupo de artesanato é um grupo mais de convivência, a gente fala artesanato... é o vício. A gente tem sempre que estar lembrando: é um grupo de convivência, não é de artesanato. Eu vou estar lá também porque, tá aumentando bastante o número de usuários nesse grupo, o local está ficando pequeno, então a gente vai ter que tomar algumas providências pra estar vendo outro local pra estar fazendo esse trabalho com o usuário. Porque senão, começa ficar apertado e daqui a pouco as pessoas deixam de vir (PROFISSIONAL DO NASF 07).

> Então, os grupos de artesanato que estavam em inatividade, eu fui solicitada a recomeçar ou dar continuidade. Depois, continuo fazendo só matriciamento. Se existe alguma necessidade que esse grupo precisa, mesmo uma das equipes tá precisando criar um novo grupo, ou porque aquele grupo tá muito desmotivado, as pessoas já não querem mais ir, me vieram pedir um matriciamento nesse sentido, ótimo, vamos tentar conversar, vamos ver o que a população gosta, e como que a gente vai pode estar organizando para isso. Umas das propostas bem interessantes que essa própria equipe me solicitou foi para apoiá-las no desenvolvimento de um grupo operativo (PROFISSIONAL DO NASF 05).

Esses grupos são constituídos, geralmente, por: - pessoas que apresentam algum tipo de sofrimento psíquico que foi identificado pela ESF, seja ele um sofrimento como comorbidade (tal como um sofrimento psíquico decorrente de outro processo de adoecimento, por exemplo), ou um sofrimento ocasionado por uma perda afetiva significativa (um processo de luto, por exemplo), ou

ainda um sofrimento crônico (que a equipe acompanha, às vezes, de maneira corresponsabilizada com o CAPS); - pessoas que fazem uso de medicação psicotrópica, ansiolítica ou neuroléptica e que residem na área adstrita; pessoas egressas de internação psiquiátricas; - familiares de pessoas com as características imediatamente mencionadas; e - idosos. Cada grupo tem uma configuração e uma história singular:

> Mas, esse grupo, veja só a história dele. Ele era um antigo grupo que acabou, mas as usuárias começaram a procurar as ACSs para retomar. Aí, teve umas dificuldades iniciais com relação a espaço, a responsabilização da ESF, aí nós começamos a fazer as reuniões com as equipes para tratar disso, a enfermeira da ESF, como chefe, apoio a retomada do grupo, a psicóloga da UBS veio participar junto e começou a encaminhar os pacientes de saúde mental, então, foi uma coisa, assim, que quando a gente percebeu, o grupo tinha se constituído. Temos lá, desde pacientes com depressão leve, pessoas que estão com afastamento do trabalho para tratamento de saúde, pessoas com transtornos graves de saúde mental, paciente com pensamento suicida, pessoa com sofrimento por luto. Então, esse grupo não tem data pra acabar. E eu tô apaixonada pelos resultados que a gente já ta tendo. É gratificante (PROFISSIONAL DO NASF 06).

Independente do estado emocional das pessoas que dele participam, o grupo de artesanato e/ou convivência tem como intenção o enfrentamento de uma demanda que, muitas vezes, é comum: o isolamento. São grupos mistos e abertos, realizados em espaços disponibilizados por entidades da comunidade (salões de igrejas, centros comunitários e associações), localizados no próprio território de abrangência da ESF. A maioria dos participantes são mulheres. Cada grupo tem suas peculiaridades quanto à realização de atividades e condução do processo terapêutico neles subjacente.

> [...] tem um grupo também, né, que a gente chama de "grupo de artesanato", mas a gente vê que é um grupo terapêutico, que muitas pessoas que eu atendo aqui, não trabalham, não estão bem e estão com tempo disponível. A gente montou esse grupo, que é semanal e ali a gente vai trabalhando com essas pessoas. Nesse grupo, tem os profissionais do NASF, que dão um apoio muito grande e a ACS da equipe cinza ajuda na organização das atividades do grupo, na interação com os integrantes do grupo também. As pessoas desse grupo, os usuários que participam dele são da área de abrangência da ESF cinza, mas às vezes, eu acabo convidando algumas pessoas da ESF azul. Porque o grupo acontece aqui na própria UBS e aí tem essa questão da proximidade (PROFISSIONAL B, UBS 03).

Percebemos que o fato dessa profissional destacar que o grupo conta com a presença de uma ACS da equipe ajudando, tanto na organização das atividades, quanto na interação com os integrantes do grupo, é uma maneira de demonstrar a corresponsabilização por aquele grupo, compartilhada entre ESF, NASF e a referida profissional da UBS.

Mas, além dos grupos de artesanato e/ou convivência, os profissionais entrevistados apontaram outras atividades diretamente relacionadas à demanda de saúde mental da população: atividades de capacitação das ESFs para a produção do cuidado com essa demanda, formação de grupo de cuidadores, acompanhamento de pessoas e de situações contrarreferenciadas pelos demais serviços da rede (hospital psiquiátrico, emergência psiquiátrica e CAPS), atendimento domiciliar conjuntamente realizadas com as ESFs para assistência direta ao usuário e seus familiares, atuação junto à rede de violência (dois grupos dessa rede são coordenados por profissionais deste NASF) e grupo de atividades físicas. Abaixo selecionamos alguns excertos ilustrativos.

> Logo no começo percebi que as ESFs não tinham referência para atuar em saúde mental. Foi feita uma capacitação de sete encontros para entenderem o que é saúde mental e todos os profissionais da UBS participaram. Saber cuidar e entender os portadores de transtorno mental já ajuda muito. Hoje eles já sabem como atender. Essa capacitação esclareceu muitas coisas para eles (PROFISSIONAL DO NASF 07).

> Eles [profissionais do NASF] desenvolvem atividades relacionadas a questão do cuidador, trabalha a especificidade dos casos onde que a equipe tem dificuldade, os ACS trazem e ele discute o apoio matricial e tem as contrarreferências que vem do hospital psiquiátrico e dos CAPS. O ano passado, isso estava mais sistematizado, essa contrarreferência, tanto da emergência psiquiátrica como do hospital psiquiátrico. Desses dois locais a gente estava recebendo a contrarreferência de modo regular e do CAPS infantil também né, eles tavam conseguindo fazer isso. O CAPS Canção não consegue fazer isso ainda, mas eu acho importante que se tenha isso, porque é um jeito da gente estar buscando esse paciente, entrando em contato com ele, tá verificando, é papel da Atenção Básica. Então é importantíssimo (DIREÇÃO UBS 02).

> Nós montamos aqui um grupo de pacientes com Alzheimer. Na realidade, não era um grupo para pacientes com Alzheimer, era um grupo para cuidadores de pacientes com Alzheimer. Começamos com essa doença especificamente, porque era o maior volume que a gente tinha e que a gente sabe que é uma doença que desestrutura o cuidador no limite. Escolhemos esse cuidador e esse cuidador seria a pessoa inserida no núcleo familiar que levaria essa forma de administrar esse doente em casa (PROFISSIONAL DO NASF 02).

> Nós fizemos visita junto, né. Teve até um caso de assistência um pouco mais direta com uma pessoa que estava querendo se matar. A ESF pediu e aí, eu e a psicóloga fomos juntos com a ESF acompanhar o caso. Mas, nós não abordamos só aquilo que nos foi trazido, mas o todo da situação. E a Reabilitação Psicossocial envolve muita coisa: olhar para a família, olhar para comunidade, dar suporte para que esse indivíduo possa, lá na comunidade dele, se manter estável, saindo desse ciclo de internação. Tem que ser um conjunto (PROFISSIONAL DO NASF 03).

> Tem a rede de prevenção a violência. Essa rede tem nos ajudado a identificar alguns casos e situações que precisam de intervenção em saúde mental aqui na nossa área. Temos conseguido ver melhor quem são crianças e adolescentes da

> nossa área que, às vezes, estão até em atendimento no CAPSi, por causa da rede. Aí a gente tem a oportunidade de discutir o caso com a escola. Tudo nas reuniões da rede (PROFISSIONAL DO NASF 07).

> Bem, com relação à Saúde Mental, na parte do usuário, a gente tenta inserir esses pacientes de Saúde Mental nos grupos. Em todos os grupos eu procuro estar sempre andando com um ou outro usuário para conversar sobre os problemas dele do dia a dia, investigando, né. E aqueles que a gente observa que tem já alguma coisa diferente, algum problema de saúde mental, ou relata que faz uso de algum medicamento, ou que é depressivo, se tem algum transtorno, alguma coisa, aí a gente dá uma atençãozinha melhor, ali durante o grupo, né? Então, a gente tenta inserir eles nas atividades físicas, né, nos grupos das equipes (PROFISSIONAL DO NASF 01).

As atividades acima mencionadas, desde os grupos de artesanato e/ou convivência, até os grupos de atividade física, são ações e projetos que permitem a produção de um cuidado mais coletivizado, com programação e participação multiprofissional, proporcionam a existência de espaços abertos para participação da comunidade, interação e troca de experiências, além de beneficiar também o cuidado aos casos que precisem de uma atenção mais singularizada e especializada. Entendemos que elas se aproximam da práxis psicossocial por buscarem o desenvolvimento do cuidado de modo mais horizontal e coletivo, no próprio território, com compartilhamento de saberes e responsabilização conjunta, os quais, para nós, vão no sentido da superação da fragmentação de ações especializadas, típicas do modelo biomédico.

Porém, precisamos fazer uma ressalva. Como mencionamos acima, 03 equipes não desenvolvem grupo de artesanato e/ou convivência. Duas dessas mencionaram a realização de "grupo de saúde mental". Esta é uma modalidade de grupo que precisa ser diferenciada das primeiras, porque o modo como esse grupo está organizado, além de não ter a parceria do NASF, não carrega em si as mesmas caraterísticas que citamos no parágrafo anterior. Pelo contrário, trata-se de uma modalidade de grupo bastante atrelada à perspectiva biomédica.

Verificamos que esse "grupo de saúde mental" ocorre da seguinte maneira: trimestralmente, uma quantidade "x" de pessoas (da mesma micro área), que fazem uso de medicamento psicotrópico, neurolépticos e/ou ansiolíticos, são agendadas em uma mesma manhã (ou mesma tarde) para serem atendidas em consulta individual com o profissional da enfermagem e, na sequência, com o profissional da medicina da ESF. Essa atividade destina-se à reavaliação da medicação e outros encaminhamentos necessários. Não ocorre, entre as pessoas desse "grupo", nenhum tipo de interação ou troca, além de raras e poucas palavras, enquanto as mesmas aguardam pelo atendimento dos profissionais da equipe.

Nenhum profissional do NASF fez menção a essas atividades. Trata-se de outra modalidade de grupo, que nós não tivemos a oportunidade de acompanhar, pois como mencionamos, pelo menos até o momento em que a pesquisa ocorreu, o NASF não participava do desenvolvimento das mesmas. Ficamos sabendo que essas atividades aconteciam, porque na entrevista com a direção da UBS 01 (onde estão alocadas as 2 ESFs que desenvolvem essa ação), ela fez menção às mesmas.

> Até cheguei a falar para as ESFs que não era para chamar de "grupo de saúde mental", porque aquilo que eles fazem com os pacientes não é grupo de saúde mental. Aquilo é grupo de distribuição de receita controlada. Grupo de saúde mental é outra coisa. [...] É trabalhar mais de perto, porque não dá para simplesmente chamar de grupo de saúde mental um trabalho que reúne todas as pessoas que tem problema de saúde mental, com ASPAS BEM GRANDE, porque a gente só chama aquele que precisa da receita. Mas, e aquele que não toma medicação? Esse, a gente nunca vê. Esse é o que vem aqui aprontar um barraco. É o que não surta em casa, mas vem aqui e surta aqui com as meninas da recepção (DIREÇÃO, UBS 01).

Depois da entrevista, buscamos maiores informações sobre os referidos grupos com profissionais das ESFs. As características acima foram as apontadas por eles. Consideramos interessante mencionar que essas 02 ESFs são as mesmas que relataram dificuldade no desenvolvimento de vínculo de trabalho com a equipe de NASF.

A coexistência de processos de trabalho com características tão diversas, entre as ESFs vinculadas ao mesmo NASF, reforça alguns dos aspectos já mencionados: as ESFs nem sempre são receptivas ao trabalho do NASF e vice-versa; existem práxis reiterativas já instituídas que colocam resistência para o processo de mudança; a quantidade de equipes referenciadas ao NASF e a logística de seu trabalho muitas vezes prejudica o desenvolvimento de um trabalho mais coeso. Isso tudo em conjunto fragiliza o desenvolvimento de uma práxis psicossocial.

Mas as atividades de grupo de convivência e/ou artesanato, visita conjunta, acompanhamento de pessoas egressas de internação e as demais atividades mencionadas se aproximam da práxis psicossocial. São ações que, apesar de terem surgido da manifestação do sofrimento, da patologia, do agravo, do uso de medicamento, têm contribuído para possibilitar ao usuário outros modos de desenvolver a vida. São proposta que saem de uma ação centrada no sintoma, ou da relação usuário-sintoma-tratamento-cura.

Existem, também, outras ações desenvolvidas pelos profissionais do NASF que eles referenciaram como ações que, indiretamente, beneficiam a saúde mental da população:

> O trabalho do nutricionista, pelo menos o meu, está sempre voltado para a obesidade e para a parte de visita domiciliar. [...] os dois que eu citei como focos do meu trabalho são muito ligados à saúde mental. Eles sempre acabam trazendo: "Ah, eu como por ansiedade". Então, eles sempre acabam trazendo alguma justificativa emocional para aquele problema. Então, tem a parte de saúde mental ali envolvida. Tem a parte da visita domiciliar, que a gente encontra um paciente acamado, com uma família que não estava preparada para receber eles. Então, a gente encontra um paciente deprimido, em uma família deprimida. E a gente quer cobrar dessa família que ela faça o melhor cuidado para esse paciente acamado, mas a gente também tem que entender que essa família também precisa de cuidado (PROFISSIONAL DO NASF 02).

> São muitas atividades, porque na verdade nem não consigo muito separar a minha formação em saúde mental da minha atividade no NASF. Eu como profissional, eu levo aonde eu vou a maneira como eu tenho a minha prática, então, por exemplo, num grupo de hiperdia, que eu atuo lá na UBS 03, o objetivo desse grupo é, indiretamente, promoção de saúde mental e prevenção de agravos (PROFISSIONAL DO NASF 05).

> A gente sabe que a prática do exercício físico contribui para a saúde mental, porque melhora a autoestima, melhora o desenvolvimento físico, psicológico, social, né, distrai fazer exercícios com outras pessoas, motiva, né? Então, essa parte mental da pessoa que também acaba sendo beneficiada pelos grupos de atividade física (PROFISSIONAL DO NASF 01).

Até o momento, pudemos identificar as ações que, direta ou indiretamente, têm sido reconhecidas pelos profissionais como ações estratégicas para o enfrentamento da demanda de saúde mental da população de sua área de abrangência. São ações que nós compreendemos, portanto, que fazem parte de seu Projeto de Saúde no Território (PST).

Agora precisamos analisar o outro aspecto que faz parte do PST: a identificação de outros atores sociais e/ou instituições que são importantes para o projeto e que podem estar comprometidos com o NASF e ESFs na produção coletiva de saúde mental. Nesse sentido, buscamos analisar como o NASF se relaciona com a RAPS e demais RAS de Maringá, na produção do cuidado em saúde mental.

Quando realizamos a análise das categorias de contextos de trabalho, descrevemos dois contextos que precisam ser, aqui, retomados: reuniões de matriciamento conjunto realizado entre CAPS, NASF e ESFs; e as reuniões da Rede de Prevenção e Atenção à Violência.

O primeiro contexto permite o compartilhamento do cuidado de casos e de situações familiares assistidos pelas ESFs-NASF (que, como já se sabe, são dispositivos da Rede de Atenção Básica) e pelos CAPS (que são dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial). Nesse contexto, temos a produção do cuidado corresponsabilizado entre serviços do setor da saúde, de diferentes

RAS. Aí, identificamos Rede de Atenção Básica se interseccionando com a Rede Ambulatorial Especializada, via Rede de Atenção Psicossocial.

> A gente tem o matriciamento tanto do NASF, como do CAPSad, e agora, graças a Deus, recentemente, temos também o matriciamento do CAPSi, a gente tenta marcar e hoje eu acabei de liberar os vales transportes para os ACSs irem até o CAPSi, irem até o CAPSad, conhecerem a ação, a atividade que eles desenvolvem lá. Como que faz? Onde que eu encaminho? Por que eu encaminho? Entenderem coisas bem práticas mesmo, né? (GESTOR RAB).

Há um tópico especialmente dedicado para a análise do processo de apoio matricial, no qual voltaremos a mencionar essa parceria entre CAPS-NASF-ESF. Por hora, queremos apenas demonstrar que estes contextos de matriciamento propiciam a interseção entre diferentes RAS. Porém, convém mencionar que o matriciamento conjunto propõe muito mais que a simples lógica de produção de encaminhamentos, tal como a fala acima parece sugerir.

No segundo contexto (reuniões da Rede de Prevenção e Atenção à Violência), a troca entre as redes se amplia, pois os atores presentes englobam não só os serviços da saúde, mas também serviços da educação, assistência social, da secretaria da mulher, ongs e conselho tutelar. Nesse contexto, temos a formação de uma rede intersetorial. Por meio dela, a superação da fragmentação não acontece somente no âmbito das categorias profissionais e dos serviços, mas no âmbito dos setores sociais responsáveis pela condução das políticas públicas.

> [...] outra atividade que eu estou, assim, me envolvendo mais também é com os grupos da Rede de Prevenção e Atenção à Violência, que são dois que eu sou a coordenadora dos dois. [...] nossa dificuldade não tem sido identificar e notificar a violência. Tem sido encaminhar e inserir essa pessoa na rede de cuidados. [...] Outra coisa que eu tive que trabalhar com os grupos foi a questão da ética para podermos tratar dos casos com muita ética para não expor os casos, já que são muitos serviços que estão envolvidos, tem reunião que tem representantes de 09 instituições diferentes. Então, problematizei essa questão da ética com muita seriedade com os profissionais envolvidos, para que aquelas família não virassem conversa de corredor [...] (PROFISSIONAL DO NASF 06).

Compreendemos que a práxis psicossocial está presente nesses dois contextos. Eles permitem uma atenção à saúde de modo ampliado, buscando garantir o direito ao cuidado integral, horizontal, coletivo e comunitário. Por meio deles e por meio de algumas ações acima mencionadas, o NASF tem contribuído para a interseção entre a RAPS e a Rede de Atenção Básica.

Além de mencionar esses dois contextos, queremos também analisar as informações obtidas por meio das entrevistas com os profissionais. Durante as entrevistas perguntamos para todos os

profissionais se eles conheciam a RAPS de Maringá e pedimos para que eles mencionassem os dispositivos que dela fazem parte. Apresentaremos um apanhado geral das respostas, pois elas evidenciam que dispositivos estão sendo reconhecidos (entre parênteses aparece o número de vezes que o dispositivo foi mencionado): CAPS II (12), CAPSad (11), CAPSi (10), Emergência Psiquiátrica (9), CISAM (9), Residências Terapêuticas (5), Hospital Psiquiátrico (6), NASF (4), ESF (4), Psicólogos na UBS (5), Associação Maringaense de Saúde Mental (4), Consultório na Rua (2), Comunidade Terapêutica (2), Rede de Prevenção e Atenção à Violência (2) e Comissão de Desinstitucionalização (1).

Vemos que, de uma maneira geral, os dispositivos da RAPS foram reconhecidos pelos profissionais da Atenção Básica entrevistados. Entretanto, uns são mais reconhecidos, outros menos. Não podemos afirmar que os dispositivos menos mencionados, não estejam sendo reconhecidos nos PSTs das equipes compostas por esses profissionais. Mas, alguns dispositivos ainda são pouco lembrados. Os mais lembrados são os CAPS. Uma profissional do NASF admitiu que desconhecia os dispositivos pertencentes a RAPS. Esta profissional soube mencionar apenas um deles, que foi justamente o CAPS. Talvez esse desconhecimento possa ser explicado pelo fato dessa profissional ter sido admitida há pouco mais de 06 meses no NASF.

Outro aspecto que podemos destacar ao analisar a lista de dispositivos acima mencionados foi o aparecimento de 06 referências ao Hospital Psiquiátrico como dispositivo da RAPS. O referido hospital foi geralmente mencionado como um dispositivo necessário para atenção à crise. Porém, ressaltamos a não problematização da falta de CAPS III como parte da rede para ajudar a suprir essa necessidade, em detrimento do hospital especializado.

Outra profissional demonstrou uma outra visão de rede:

> Bom... a gente tem aqui os CAPS, tem a unidade básica, a gente tinha um ambulatório, mas esse ambulatório ele tá sendo pensado... a proposta é que ele vai virar um Caps também, tem a emergência, tem o hospital psiquiátrico e o hospital municipal com os leitos, de serviço pra saúde mental que o município oferece é isso, mas a gente tem que entender que outras coisas que o município oferece como creche, escola, tudo isso são coisas que contribuem pra saúde mental, centro esportivo (PROFISSIONAL D, UBS 02).

Concordamos com a profissional que, além de identificarmos os serviços de saúde mental que estão disponíveis no território, temos que reconhecer outros serviços e espaços que fazem parte da rede intersetorial de saúde e, portanto, tocam na saúde mental. Ao destacarmos o excerto acima, estamos pensando na concepção ampliada de saúde. Ou seja, quando se tem acesso à educação,

lazer, recreação, esporte, entre outras coisas, podemos dizer que existe o desenvolvimento de vidas saudáveis. Mas discordamos da fala dessa profissional, quando a mesma expressa ao final de sua fala que “tudo isso são coisas que contribuem pra saúde mental”. Nem todos esses serviços e espaços citados atualmente contribuem para a produção da saúde mental. Alguns deles, ao contrário, contribuem para a produção do sofrimento psíquico.

Além disso, temos que ter muito cuidado com o viés higienista que inclui tais dispositivos (escolas, creches, centros esportivos) na rede de atenção à saúde apenas como expressão de um discurso muito mais voltado para o exercício de controle e disciplinarização dos corpos, hábitos e costumes, que para a produção coletiva e autônoma de vida e troca saudável entre os sujeitos.

Outros profissionais entrevistados expressaram suas análises acerca do processo de constituição da RAPS de Maringá e de como ela tem se articulado com a Atenção Básica. Selecionamos alguns trechos para o debate:

> Existe o protocolo de referência e contrarreferência da Emergência Psiquiátrica para a Rede de Atenção Básica e do hospital psiquiátrico também. E o que a gente tá tentando implantar mais efetivamente é a questão do matriciamento mesmo... dos CAPS saindo para o território, aí, levando as informações e participando desse atendimento lá no território, né, porque embora tenhamos esses dispositivos, eles estão localizados em pontos específicos da cidade e então, o município é grande, é uma área grande... então, a gente precisa tá circulando aí (GESTOR RAPS).

> Fora a reunião técnica dos profissionais, a gente tinha uma vez por mês uma reunião para estudo de casos. Esse estudo de casos estava dividido, mais ou menos, por regional de saúde. Então aqui a gente tinha a regional sul, mas também tinha psicólogos que eram de outra UBS. Aí, a partir do ano passado, a coordenadora mudou a formatação desse estudo de caso, que eu achei bastante válido. A gente vai lá pra secretária, em vez de ficar no "QG" da regional, vai pra secretaria, na primeira metade da reunião a gente faz um estudo de casos da nossa unidade, do nosso grupo e aí, depois, na segunda metade da reunião, chega os profissionais do serviço da rede, CAPSi, CAPSad, CAPSII, CISAM, Emergência participou também e aí a gente discute os casos em comum. Foi bom, porque é uma ideia excelente para tratar de rede, para troca de informação. Por outro lado, é difícil, porque você tem que elencar dois casos e pronto. Então não cobre a necessidade total. (PROFISSIONAL H, UBS 01).

> Porque eu acho que nós tivemos uns avanços. Quando iniciamos a Associação Maringaense de Saúde Mental (AMSM) houve um tensionamento em relação a essa política. Aí, nós abrimos a Emergência Psiquiátrica, abrimos os CAPS, né? E começou a se investir nesses equipamentos, né, como uma proposta de realmente de seguir as suas diretrizes e das unidades começarem a trabalhar aqui com portadores de transtornos mentais graves. [...] Depois a gente desmotivou, quer dizer, avançou e depois começou a andar pra trás. [...] E agora uma última, umas das últimas que o município está fazendo, está voltando a colocar tudo junto

> lá no bairro Santa Felicidade [referindo-se ao Complexo Integrado de Saúde Mental]. Não sei se você conhece a história daquele bairro, ele é o lixo da cidade (PROFISSIONAL C, UBS 02).

Os excertos demonstram as dificuldades e os avanços no desenvolvimento da RAPS:

1) os serviços foram criados, mas são serviços únicos (tem 01 CAPS em 3 modalidades diferentes e 01 Emergência Psiquiátrica com poucos leitos), os quais acabam esbarrando na dificuldade de acessar os territórios e serem acessados por eles. A estratégia de matriciamento se tornou uma ferramenta fundamental para o enfrentamento dessa dificuldade. Entretanto, existem 29 UBSs no município de Maringá. Trata-se de uma área de abrangência muito grande para os serviços matriciarem;

> Aqui existe uma dificuldade para os profissionais da saúde mental se articularem. Eu falo assim como um todo: os psiquiatras, o pessoal da enfermagem, os CAPS, todos os profissionais que trabalham com a saúde mental. E Maringá só tem um CAPS adulto, um CAPSi, um CAPSad [...] Aqui não, a gente tem muitos casos de internação. Se a pessoa deu um pouco de problema, ela já é internada. Não tem essa discussão mais ampliada (PROFISSIONAL B, UBS 03).

2) houve tensionamento importantes na política de saúde mental, com o desenvolvimento da AMSM, da Emergência Psiquiátrica, das Residências Terapêuticas, mas a criação de um Complexo Integrado de Saúde Mental mostra um esfriamento desse debate político.

Para além do esforço de criação de serviços e contratação de equipes multiprofissionais, identificamos a necessidade de um esforço na criação de debates políticos fora dos âmbitos institucionais:

> Na realidade, eu acho que os serviços necessários existem. Nós temos os serviços da Atenção Básica. Nós temos a Estratégia Saúde da Família. A gente tem o NASF. A gente tem os CAPS, a gente tem o CISAM, a gente tem o Hospital Psiquiátrico, a gente tem a Emergência Psiquiátrica. Falta condição de funcionamento. Condição real. Não é abrir serviço que falta. O serviço aberto a gente tem. Tem tudo o que a gente precisa. E vou deixar bem claro uma coisa que eu falo todos os anos: não é fazendo aquela semana Antimanicomial ridícula que eles fazem todos os anos, que eu já me recuso a ir, que alguma coisa vai mudar. Já faz cinco anos que não vou. É sempre a mesma coisa. É aquele grupo de "doidinhos" cantando e só. Semana Antimanicomial, gente, é botar a boca no trombone, é ir para rua e desmitificar o problema de saúde mental, não só na minha cabeça de profissional, mas na cabeça da população, na cabeça do povo (DIREÇÃO, UBS 01).

Entre avanços e retrocessos, algumas ações de saúde mental vêm sendo desenvolvidas e o NASF tem contribuído para fortalecê-las e/ou possibilitá-las. Os grupos de convivência, deixando de ser grupos de “saúde mental” ou grupos de artesanato, podem ser espaços de debate sobre o

sofrimento psíquico, que possibilitem algumas mudanças culturais no imaginário social acerca da "loucura". Entretanto, essas ações precisam ser mais incentivadas, fora dos âmbitos institucionais. A parceria com a Associação Maringaense de Saúde Mental e com outras associações comunitárias, por exemplo, seria importante nesse sentido.

I) *Apoio Institucional e Cogestão: por uma reorientação dos processos de trabalho*

Analisamos acima que a constituição de uma rede de cuidados é uma das estratégias essenciais dentro da lógica de trabalho de um NASF. Para tanto, sua equipe e as ESFs precisaram criar espaços de discussões internos e externos, visando o aprendizado coletivo. Dentro de tal perspectiva, o NASF contribui para superar a lógica fragmentada da saúde e para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsabilizada com a ESF.

Entretanto, percebemos também que, apesar dessa situação ser desejável, ela não acontece de forma espontânea e natural.

> Mas, hoje, estando também na gestão, eu percebo que no começo, a implantação foi trucada, como a do PSF, está truncada ainda em alguns lugares. Outros lugares, como neste do NASF que você está pesquisando, eles conseguiram deslanchar... e aí vai do perfil do profissional, né... aí a gente tem aí, o perfil do profissional que tá no NASF, né, o entendimento que ele tem a respeito do processo de trabalho dele, o perfil da gestão local, o que esta gestão deixa você fazer, o que deixa você produzir, né (GESTOR RAB).

Sendo assim, foi necessário que os profissionais do NASF assumissem suas responsabilidades em regime de cogestão com as ESFs, em processos de constante construção e revisão dos processos de trabalho instituídos. O trecho abaixo nos ajuda a exemplificar:

> Aí, quando eu chego e trago essa minha visão de terapeuta ocupacional ampliada, que eu sei que nunca é só aquilo que eles estão dizendo, aí a gente trabalha essa questão das dificuldades no comportamento, do não entendimento dos transtornos de saúde mental, a questão das atividades que podem ser diversificadas, problematizando com eles: "Olha é certo fazer só uma atividade? Não tem que ter mais?" (PROFISSIONAL DO NASF 03).

Por tudo o que já foi dito até o momento, percebemos o NASF como uma unidade de produção que coloca em análise os métodos de trabalho instituídos, incentiva trabalho cooperativo, estimula troca dos saberes, propõe a análise dos movimentos institucionais e a criação de processos de trabalho que não distanciem as atividades da gestão e da atenção.

O processo de territorialização e construção do PST, como acima demonstramos, exigiu que esses profissionais criassem, ou estimulassem a utilização de contextos já criados, para tornar esse processo possível. Todos as categorias de contextos de trabalho já mencionadas e descritas acima, de A a G, evidenciam que, pela complexidade do trabalho em saúde e dado o compromisso da Atenção Básica com a melhoria crescente da resolutividade dos respectivos serviços, a relação que se impõe ao trabalho do NASF com as ESFs, insere nesses contextos um processo de gestão compartilhada no cuidado.

Para uma gestão centrada na coprodução de saúde e de autonomia é necessário estabelecer espaços rotineiros de reunião para: pactuar e negociar o processo de trabalho, realizar a discussão de casos e situações, definir objetivos e critérios de prioridade, estabelecer protocolos de fluxos de encaminhamento, avaliar o trabalho realizado, buscar resolução para os conflitos etc.

> Hoje, eles [profissionais das ESFs] já tem isso bem claro na cabeça deles, então é só a questão da gente estar ajudando a entender o que eles precisam melhorar. Que alguns indicadores estão muito bons, outros precisam melhorar, então quais ações podem ser feitas pra melhorar esses indicadores? É isso que a gente vai problematizando junto com eles, no estudo das nossas ações e processos de trabalho. Então, isso é uma coisa, assim, que hoje é muito tranquila, hoje é muito natural isso, a gente sabe que tem lugares que não é assim tão natural, tem NASFs ainda que, nas reuniões com os outros NASFs, a gente sabe que tem NASF que não conseguiu fazer esse elo com as equipes ainda. Equipe para um lado e NASF trabalha sozinho, é como se fosse um intruso e nós aqui não, a gente já conseguiu essa interação com a maioria das equipes (PROFISSIONAL DO NASF 07).

Entendemos que a psicóloga do NASF expressou que “hoje, é muito natural” desenvolver o trabalho junto à maioria de suas ESFs de referência, referindo-se ao processo de quebra de resistência das equipes em relação a parceria necessária entre equipe de NASF e ESF para o compartilhamento dos processos de trabalho. Entretanto, o trabalho do NASF, como apoiador institucionais propõem-se a produzir uma constante “desnaturalização” do trabalho instituído.

Retomemos o que é o apoio institucional. O apoio institucional se apresenta como estratégia metodológica que objetiva construir espaços de análise e interferência no cotidiano, potencializando análises coletivas de valores, saberes e fazeres, ou seja, de práxis. Busca, desse modo, implementar e mudar práticas, como uma ação de consultoria, que coloca em análise os processos de trabalho instituídos (MORI E OLIVEIRA, 2009).

Compreendemos que nada disso acontece automaticamente no NASF pesquisado. Foi necessário que os profissionais assumissem sua responsabilidade na cogestão, com o respaldo e abertura dos gestores e das equipes, em constante construção do trabalho transdisciplinar:

> A cogestão é o nosso modo de gerir o trabalho, a UBS como um todo. A gente trabalha a cogestão no grupo do GTH e o NASF trabalha a cogestão nas reuniões com as equipes. Buscamos trabalhar tanto os problemas que tão acontecendo, discutir metas, planos de trabalho, preparar o que a unidade vai oferecer a essa população, grupos de promoção, educação em saúde e campanhas. Nós preparamos pra levar numa plenária maior que seria a reunião da unidade que ocorre uma vez a cada 45 dias ou uma vez ao mês. Nessa reunião, que todo mundo participa, a gente fecha a UBS por duas horas e analisamos as propostas, fazemos os informes, pactuamos tudo. Todo ano fazemos o nosso PAS [Planejamento Anual de Saúde] e o NASF é o nosso principal parceiro nisso (DIREÇÃO, UBS 02).

> Então, essa porta aberta, na questão do planejamento também, por exemplo, a gerência do planejamento da Secretaria de Saúde pede esse apoio total do NASF na gestão do planejamento aqui na ponta, talvez pelo fato dos profissionais serem qualificados. Então, é mais fácil a gente como um olhar de todos os profissionais fazer um planejamento. Cada equipe tem a sua chefia, que são as enfermeiras do saúde da família, né. Se o planejamento é feito só pela enfermagem, ele pode ser visto só pelo lado da enfermagem e, às vezes, ele sai meio direcionado. Então, quer dizer, a gente trabalha todos nós e mais a enfermagem, né, com as equipes, a gestão do planejamento. Pra produzir um planejamento amplo. Isso eu vejo assim, a partir do momento que o NASF entrou, esse olhar mais amplo ficou muito característico dos planejamentos (PROFISSIONAL DO NASF 07).

Com relação a esse aspecto da gestão dos processos de trabalho e planejamento, compreendemos que, ao nomear profissionais do NASF como apoiadores institucionais (como já mencionamos na p. 179), a Secretaria de Saúde de Maringá criou um arranjo que reconheceu a possibilidade do exercício da face apoio institucional no NASF, embora as diretrizes e portarias não façam menção dessa possibilidade.

Já mencionamos que o Plano Municipal de Saúde (MARINGÁ, 2014) reconheceu o NASF como um programa que vem sendo utilizado para instaurar um processo de Educação Permanente em Saúde (EPS). A Educação Permanente em Saúde é um processo de aprendizagem de natureza participativa, tendo como eixo central o trabalho cotidiano nos serviços de saúde. É precisamente no âmbito do trabalho que se consolidam os comportamentos e formas de atuação profissional individuais e coletivas. Portanto, é também no cotidiano do trabalho que precisam ser instaurados esses espaços de discussão e reflexão sobre os processos de trabalho.

Alguns contextos de trabalho são reconhecidos pela Secretaria Municipal de Saúde (MARINGÁ, 2014) como contextos que tem favorecido a atuação do NASF como apoiador institucional: as oficinas do APSUS [Programa de Qualificação da Atenção Primária em Saúde]; as oficinas de discussão sobre reformulação das áreas de abrangência, de planejamento local e dos indicadores do PMAQ [Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica]; nas discussões de casos conduzidas pelos profissionais dos NASF nas UBS sobre saúde mental; nas reuniões da Rede de Prevenção e Atenção à Violência; as reuniões do Grupo de Trabalho e Humanização (GTH); entre outras que não tivemos oportunidade de observara/participar (como das capacitações da Iniciativa IUBAAM - Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amiga da Amamentação).

Entretanto, não podemos deixar de mencionar que tanto nas falas dos profissionais do NASF, quanto dos profissionais de ESF e UBS, há a expressão de que esse arranjo acabou por prejudicar o exercício das "reais" funções do NASF:

> [...] nós desenvolvemos um projeto aqui nesta UBS que a gente chamava de "Grupo Equilíbrio". Desse grupo participavam profissionais que apresentavam alguma condição clínica diferenciada, por exemplo: sobrepeso, obesidade, hipertensão, diabetes, colesterol alterado. [...] Este ano ainda não conseguimos retomar o trabalho do "Grupo Equilíbrio", porque estamos muito envolvidos com as oficinas de APSUS. Isso atrasa do trabalho da gente, né? (PROFISSIONAL DO NASF 01).

Vejamos que as falas dessas profissionais do NASF, vão nessa mesma direção: "No ano passado, o PMAQ consumiu bastante a gente e o grupo de cuidadores ficou deixando a desejar. Acaba que não conseguimos realizar nosso trabalho direito" (PROFISSIONAL DO NASF 07). "A ação de matriciamento agora não está acontecendo muito porque estamos dedicados ao APSUS. Temos que apoiar as equipes no desenho do novo fluxograma. Mas depois, precisamos retomar nosso trabalho" (PROFISSIONAL DO NASF 02).

Outros profissionais também se incomodam com esse arranjo e consideram esse trabalho de apoio institucional realizado pelo NASF como disfunção: "Acho que a Secretaria de Saúde delega ao NASF muitas atividades administrativas. A Secretaria de Saúde usa o NASF como apoio para eles e não para a Saúde da Família" (ESF LARANJA). Na sequência, outra profissional dessa mesma equipe expressou: "É uma equipe nota 10, mas tá sobrecarrega, pois está fazendo dupla

função" (ESF LARANJA). Para a diretora de uma das UBSs, esse arranjo institucional os faz sair dos seus "reais" contextos de trabalho:

> Tudo é fora. Então, tem o comitê de não sei o que, não sei das quantas, colocam uma Psicóloga do NASF. Tem a Comissão de Desinstitucionalização, pegam um profissional do NASF. O povo da Secretaria Municipal de Saúde está pulverizando essas atividades na mão desses profissionais. E quando você pensa em desenvolver ações aqui dentro da própria ponta, que é para isso que eles foram contratados, esse profissional já está tão absorvido em outras coisas que ele não consegue dar uma resposta a contento. Esse profissional não consegue estar presente (DIREÇÃO, UBS 01).

Esse arranjo, portanto, exige uma reflexão: estariam estes profissionais sobrecarregados ao terem sido também designados para a função de apoio institucional? Ou a sensação de que eles não estariam cumprindo a função emerge exatamente pelo fato de que as diretrizes e portarias não nominam o apoio institucional como função possível do NASF? O estranhamento dos profissionais é produzido por seu caráter de novidade ou porque essas ações de apoio não estão diretamente voltadas para o trabalho assistencial com a população? Se essa equipe de NASF tivesse menos equipes a ele referidas, será que haveria essa mesma percepção de sobrecarga?

Sem a pretensão de encontrar respostas para estas questões e mais interessados em propor a discussão, esse trabalho se fez para incrementar o debate sobre a possibilidade do NASF funcionar como estratégia de superação da lógica verticalizada, fragmentada, especializada e medicalizadora, tanto do cuidado, como da gestão em saúde, em especial, saúde mental. Acreditamos que o NASF, apesar dos desafios existentes, apresenta-se como uma proposta interessante para cumprir a função apoio institucional e para desenvolver mudanças no manejo da gestão no SUS.

Aqueles contextos já reconhecidos pela Secretaria Municipal de Saúde como espaços importantes para o desenvolvimento do apoio institucional do NASF e outros espaços (como a Comissão de Desinstitucionalização, as reuniões da Rede de Prevenção e Atenção à Violência) são espaços de revisão dos processos de trabalho instituídos, de problematização do saber-fazer especializado que procura romper com a lógica taylorista e fordista da produção do trabalho em saúde.

A mudança gerencial é pressuposto fundamental para consolidação do SUS. Muitos dos desafios enfrentados (dificuldade dos profissionais para compor-se e manejar-se em equipe; lógicas de trabalho verticalizadas; dificuldade para acolher a demanda e implementar projetos terapêuticos

que ampliem a clínica, produzindo sujeitos, autonomia e cidadania; problemas com o subfinanciamento e com o modelo híbrido público-privado...) são atravessados direta ou indiretamente pelo modelo de gestão.

A área de Planejamento e Gestão em Saúde no Brasil já tem acumulado sólida reflexão sobre o trabalho em saúde. Muitos debates já foram travados em torno dos polêmicos mecanismos de financiamento e de gestão (Feuerwerker, 2005). Para garantir que a gestão do SUS esteja em consonância com os princípios organizativos de descentralização, hierarquização, regionalização e participação popular foram firmadas as Normas Operacionais Básicas (NOB de 1991, 1993 e 1996), as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS, 2001 e 2002) e o Pacto pela Saúde (Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão). No entanto, NOBs, NOAS e pactos não garantem que vamos "esculpir o SUS a golpes de portaria" (Goulart, 2001, p. 292).

As normas operacionais citadas e, principalmente, o Pacto de Gestão (Brasil, 2006) contribuíram para estabelecer objetivos e diretrizes estratégicos para que a gestão do SUS avançasse na direção de modos de gerenciamento horizontais. A maior autonomia de gestão municipal é um exemplo disso, pois, a definição de estratégias de gestão municipais (como a gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal) abriu espaço para a garantia da oferta de serviços em conformidade com as realidades locais. Mas,

> Persistem algumas dificuldades para a consolidação e qualificação deste processo de descentralização no campo da gestão pública em saúde, que podem ser reportadas a uma série de fatores conjugados, particularmente referida a: escassez crônica de recursos para o setor; ausência de definição sobre responsabilidades sanitárias; persistência de iniquidades referentes ao acesso a serviços de saúde entre municípios, pequenas e grandes regiões, e estados; inadequação dos mecanismos e instrumentos regulatórios existentes; condução normativa excessivamente rígida e burocrática; ordenação institucional compartimentalizada e fragmentada; debilidade e desintegração das práticas institucionais de planejamento, programação e avaliação [...] (BRASIL, 2005, p. 5).

Colocado este panorama, estamos diante do questionamento que nos colocou nesse caminho de reflexão: a mobilização das mudanças nos modos de gestão do trabalho em saúde faz parte das atribuições de um NASF?

Por tudo o que já mencionamos anteriormente, entendemos que sim. Retomemos alguns autores que já se propuseram a pensar sobre a questão do planejamento e da gestão em saúde.

Matus (1993, p. 32) é um dos autores bastante retomados nesta discussão, pois ele afirma que "a organização está inscrita no conjunto das ações governamentais que todos fazem no dia-a-dia, e também por isso é que afirma 'planeja com faz' e não quem diz que planeja, ou mesmo quem tem um cargo para tanto". Esta discussão de Matus é aprofundada por Merhy (2002) que propõe um reordenamento dos processos produtivos em saúde por meio do reconhecimento de que todos os atores em situação, na saúde, disputam a gestão e produção do cuidado. O reconhecimento das tensões e disputas que perpassam a gestão do cuidado no cotidiano dos serviços abre espaço para construção de novos espaços de produção da saúde de maneira democrática.

Diante disso, refletimos sobre os contextos de trabalho que foram acima sistematizados (de A à G) e, para nós, todas eles estão relacionadas a ações de planejamento, gestão e apoio institucional. A implementação do NASF por si só, não garante a cogestão, mas consideramos este dispositivo como um significativo mobilizador da mesma.

> É nesse sentido que venho sugerindo a adoção de sistema de cogestão e de apoio institucional; ou seja, reformas que concretizem formas de poder compartilhado entre gestor e equipe, entre clínico e equipe, entre profissionais e usuários. Há alguns conceitos e arranjos organizacionais que possibilitam – não garantem – a cogestão do trabalho em saúde. Entre eles, vale destacar o esforço para se combinar graus autonomia dos profissionais com definição explícita de responsabilidade sanitária. Segundo essa perspectiva, o planejamento, a avaliação e, mesmo, eventuais contratos de metas dever-se-ão realizar de modo participativo e com apoio institucional (Campos, 2010, p. 2343).

A partir do que observamos e a partir do debate teórico, consideramos que o desenvolvimento da função de apoio institucional pela equipe de NASF favorece a criação de espaços de reorientação da práxis em saúde, no sentido que aqui temos chamado de práxis psicossocial. Entretanto, no contexto observado, o NASF vincula-se a 09 ESFs e 03 UBSs. Voltamos a nos perguntar: o que fez os profissionais da ESF e os próprios profissionais do NASF não reconhecessem o apoio institucional como uma de suas funções? Se fossem menos equipes referenciadas a ele, será que isso teria sido diferente?

Não tivemos a oportunidade de fazer a observação de outro contexto, com um número menor de equipes referidas a um NASF. Mas já desenvolvemos um debate sobre as controvérsias existentes em torno dessa questão da quantidade de equipes que ficam a ele referidas. Apontamos, inclusive, a necessidade de que a portaria do NASF tenha mais "porosidade" nesse sentido.

Mas o aspecto que queremos destacar no debate sobre o apoio institucional é que os próprios profissionais do NASF tiveram dificuldade para compreendê-la como uma de suas atribuições. A

partir do que observamos e vivenciamos junto à equipe, entendemos que isso ocorreu pelo fato de que esta face da função apoio não está "prescrita" nos documentos oficiais que orientam a implementação dos processos de trabalho do NASF. Contudo, para nós, ela está subentendida.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009, p. 12), "a dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões podem e devem se misturar nos diversos momentos". Ou seja, o trabalho do NASF não deve voltar-se somente para o apoio assistencial, mas também deve voltar-se ao apoio técnico-pedagógico. O apoio institucional realizado pelo NASF pesquisado é um apoio técnico-pedagógico.

As oficinas de APSUS, PMAQ, as reuniões de GTH, reuniões da Rede de Prevenção e Atenção à Violência, ou até mesmo outros contextos que não foram por nós observados, como as reuniões da Comissão de Desinstitucionalização (citada pela direção da UBS 01), são momentos para planejar coletivamente a atenção que será dada às necessidades de uma pessoa ou de um coletivo. Na página 173 deste trabalho mencionamos a Comissão de Desinstitucionalização como uma comissão intersetorial estabelecida por meio da Portaria nº 002 (MARINGÁ, 2008). Essa comissão é composta por representantes da Secretaria Municipal de Saúde, da Secretaria de Assistência Social e Cidadania, da 15ª Regional de Saúde e do Sanatório Maringá. Esta comissão não é uma instância de participação popular. É um contexto de atuação profissional instituído, sendo, portanto um espaço importante para o exercício da função apoio institucional. Esses momentos implicam no uso de práxis criadora e reflexiva e possibilitam a superação de práxis reiterativa, cristalizada em antigos modelos de trabalho, voltados para a assistência curativa, que, como disse o profissional do NASF 03, gera "uma demanda louca".

Se não mudarmos o modo de gerir a saúde, não estabelecermos novos modos de acolher, assistir e encaminhar a demanda e não incluirmos a população nesse debate, dificilmente vamos deixar de operar sem a tensão dessa demanda elevada de atendimento curativo sobre os serviços e equipes.

J) *Apoio matricial e clínica ampliada: a corresponsabilização da atenção à saúde*

Queremos lembrar que, nesta pesquisa, estamos propondo a utilização do termo "faces" da função apoio, em detrimento do uso dos termos "tipos" ou "modalidades", justamente porque entendemos que a operacionalização dessa função permite o aparecimento de faces diversas no

exercício do apoio em ato, com alternância dessas faces, em diferentes intensidades, mas de maneira não excludente.

Acima, quando mencionamos os contextos em que o apoio institucional é desenvolvido pelo NASF, não podemos excluir deles o apoio matricial. Ou seja, a operacionalização de uma face não exclui a operacionalização da outra. Se um dispositivo opera no sentido da implementação da função apoio matricial, por exemplo, outras faces podem ser mobilizadas em conjunto e simultaneamente. Dependendo do fenômeno a ser debatido, uma ou outra face da função apoio pode ser enfatizada mobilizando redirecionamentos e "refração" do fenômeno em diferentes perspectivas. Tal como um prisma (metáfora que utilizamos na p. 124), o NASF pode ser utilizado como um dispositivo da Atenção Básica para ampliar sua "visão". Assim como o prisma deixa de existir se suas faces forem decomposta, não é possível ao NASF decompor as faces da função apoio.

O apoio matricial é um arranjo na organização dos serviços que busca ampliar a capacidade de cuidado das equipes de referência, no caso dos NASFs, das ESFs. Como a equipe de referência é responsável pelos usuários do seu território, antes de encaminhá-los a outros pontos de atenção, quando isso for necessário, ela pode pedir apoio para lidar com os casos e situações com os quais sente dificuldade ou tem limitações (CAMPOS; DOMITTI, 2007; CUNHA; CAMPOS, 2011). Como a equipe de NASF é composta por profissionais de diferentes áreas de saber-fazer, a ESFs pode lançar mão de uma gama maior de recursos para desenvolver suas ações.

Apesar de este trabalho enfocar o desenvolvimento do apoio matricial no NASF, é importante lembrar que o apoio matricial não é uma prerrogativa exclusiva desse programa. Profissionais de outros pontos de atenção da rede podem fazê-lo. No caso de Maringá, vimos que além do NASF, os CAPS também têm realizado o apoio matricial, mas além deles, outros serviços também podem realiza-lo, se assim for necessário, tais como ambulatórios e hospitais.

> Antigamente quem fazia isso [apoio matricial] era só NASF. Aí quando entrou uma nova coordenadora de Saúde Mental, ela falou: "Não, nós vamos assumir, porque o CAPS também é matriciamento. É atendimento, mas também é matriciamento. E nada melhor do que a gente matriciar quem? A Atenção Básica". Aí, eles fazem esse matriciamento também (GESTOR RAB).

> Se o paciente tá num CAPS, num hospital, ele é dele? Não. Ele é da rede, então precisa melhorar essa comunicação, essa contrarreferência até que a unidade, atenção básica não deixar esse paciente evoluir para uma internação. Tem que ter esse acompanhamento dos dois lados, por isso a importância dos matriciamentos que os CAPS acabam nos dando (DIREÇÃO, UBS 02).

> A rede de saúde mental está buscando desenvolver o matriciamento pelo NASF. O CAPSi e o CAPSad buscam o NASF para desenvolver o matriciamento e os próprios trabalhos de grupo fazem prevenção em saúde mental. Ainda podem melhorar muito a interação da rede (PROFISSIONAL DO NASF 07).

Essa ação de apoio matricial realizada por diversos pontos da rede contribui para promover pontos de interseção que propiciam práxis psicossocial. É nesse sentido que entendemos o NASF como um dos atores importantes para contribuir com o avanço do SUS na produção da atenção integral à saúde. Na relação estabelecida entre CAPS-NASF-ESF, o usuário deixar de ser visto como responsabilidade apenas de um dos serviços de atenção. No âmbito da saúde mental isso é muito importante, para que deixemos de pensar o sofrimento psíquico apenas como um problema para os CAPSs.

No caso do apoio matricial desenvolvido pelo NASF no próprio âmbito da atenção básica especificamente, alguns contextos são fundamentais para que ele se expresse. As reuniões realizadas entre NASF e ESFs são consideradas essenciais para a organização e a execução do apoio matricial. Por meio do apoio matricial, o NASF desenvolve suporte técnico-assistencial e amplia a clínica desenvolvida na Atenção Básica.

A Clínica Ampliada busca evitar uma abordagem que privilegie excessivamente alguma matriz de conhecimento disciplinar. Se estamos trabalhando como uma concepção ampliada de saúde, não podemos desenvolver uma clínica restrita. Essa perspectiva de clínica é convergente com a práxis psicossocial, pois por meio dela exercitamos uma visão histórica e social do processo saúde-doença. O sujeito que sofre carrega consigo uma história singular no desenvolvimento desse sofrimento, mas ao mesmo tempo, essa história e atravessada por aspectos sociais que lhe são determinantes e/ou condicionantes.

> Então, nesse apoio a gente acaba tendo que discutir com a equipe o porquê dos pacientes não seguirem as orientações, o porquê dessas dificuldades, se colocando no lugar do paciente, como trabalhar para um grupo ser mais resolutivo, de que maneira trabalhar as crenças que existem na não adesão, os valores desses pacientes. Então, para mim, apoio é isso: você tem uma questão "x" para trabalhar com a equipe, uma demanda que você identifica, ou que, às vezes, a equipe te traz e você precisa desenvolver com eles essa visão ampliada, essa visão holística da coisa e não focar só que veio aos seus olhos (PROFISSIONAL DO NASF 03).

Além disso, a práxis psicossocial está presente na clínica ampliada porque os processos terapêuticos não são pensados e produzidos a partir de uma única perspectiva disciplinar. “Como

cada teoria faz um recorte parcialmente arbitrário da realidade, cada recorte poderá ser mais ou menos relevante em cada momento. A Clínica Ampliada busca construir sínteses singulares tencionando os limites de cada matriz disciplinar" (BRASIL, 2009, p. 25).

As doenças, as epidemias e os problemas sociais acontecem em pessoas e, portanto, o objeto de trabalho de qualquer profissional de saúde deve ser a pessoa ou grupos de pessoas. Por mais que o núcleo profissional ou a especialidade sejam bem delimitados, o que esses profissionais têm diante de si não são problemas específicos, são pessoas em toda a sua complexidade existencial.

Um primeiro eixo da clínica ampliada é o desafio de renunciar o trabalho restrito, que costuma produzir nos profissionais um "objeto de investimento" restrito e o "vício" no uso de ferramentas e de processos de trabalho. Mas, no NASF, esse investimento restrito precisa ser superado. Entendemos que esses trechos das entrevistas ajudam a ilustrar o esforço desses profissionais para descontruir esse investimento restrito:

> Assim, eu costumo brincar com o pessoal que, aqui, eu não sou terapeuta ocupacional. Aqui eu sou um profissional da saúde com conhecimentos específicos e conhecimentos básicos. E como eu não estou atuando, não estou sendo terapeuta ocupacional com a população, salvo raras exceções, nas quais eu vou diretamente fazer o atendimento assistencial, [...] a gente tem que trazer o nosso conhecimento, o nosso núcleo para as ações da saúde da família (PROFISSIONAL DO NASF 03).

> Então, basicamente, é isso, não tem nenhuma definição, por exemplo, quais seriam aquelas coisas que o psicólogo faria especificamente, sabe. A gente trabalha mais no geral mesmo. [É como você estava dizendo, o olhar do psicólogo vai atravessando todas essas ações?] Isso, todas, desde o administrativo, sabe porque um usuário chega lá, fica esperando... porque, né? Por que não se toma uma providência? Quem está impacando? Sabe, então você pega um olhar muito amplo. Então você deixa aquela função específica de psicólogo que é entrar no consultório e atender uma pessoa (PROFISSIONAL DO NASF 07).

Novas ferramentas de trabalho são necessárias para o desenvolvimento da clínica nessa perspectiva. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma delas. O PTS é uma ferramenta produzida coletivamente pelos profissionais de saúde, com troca de saber, reflexão coletiva e debate. Ele pode ser voltado tanto para uma única pessoa, como para uma família ou coletivo. É uma ferramenta fundamental para discussão de situações complexas e multifatoriais, como é o caso dos sofrimentos psíquicos.

> Inclusive, segunda-feira, a gente tem um matriciamento aí, um estudo de caso bem sério, mesmo, que na verdade eu que propus. A gente vai fazer com o CISAM, Hospital Psiquiátrico, CAPS Canção, CAPSad, Unidade Básica de Saúde, o

> médico psiquiatra, para saber o que a gente vai fazer, porque este caso já foi até para a Rede de Prevenção à Violência e é muito sério (PROFISSIONAL DO NASF 05).

Todos os profissionais são importantes para entender o sujeito com alguma demanda. Nessa perspectiva, nenhum saber é mais importante que o outro. Muitas vezes, em nosso debate, mencionamos a necessidade de que a atenção à saúde não seja produzida apenas por uma perspectiva biomédica. Isso não quer dizer que a clínica ampliada prescinda do profissional da medicina. Entretanto, no trecho destacado acima, vemos o médico psiquiatra sendo mencionado no momento em que diferentes dispositivos de atenção à saúde são citados. Isso nos faz refletir sobre o caráter de superioridade e distinção atribuído a figura do médico em nossa sociedade. No excerto acima, ele aparece como uma entidade de saúde que existe e atua independentemente de um serviço institucionalizado. Ou seja, o médico psiquiatra aparece como materialização de uma instituição de saúde, entre as demais citadas.

Outros excertos, porém, destacam a importância atribuída a todos os profissionais das ESFs e do NASF para produção do cuidado:

> Os casos são levantados, são debatidos com a equipe e o ACS vem pra estar falando também, a equipe vem pra estar falando também. Então é um trabalho que faz juntamente com o NASF. É o acompanhamento no dia-a-dia das equipes, desde de assim, eu falo até você perceber como que tá o andamento daquela equipe, o que tá acontecendo, essa falta de médico, que transtorno que dá pra uma equipe (PROFISSIONAL DO NASF 07).

> Então, se eles não estão completos, a gente também não está completo. [...] Porque a gente passou por uma fase em que os médicos saíram das equipes, então, tem equipe sem médico, tem equipe sem auxiliar de enfermagem, tem equipe sem ACS. Então, conforme eles foram perdendo os funcionários e foram ficando incompletos, a gente também foi tentando reavaliar, para ver no que a gente podia ajudar nessas ESFs. E também para não deixar elas: "Ah, porque elas não estão completas, a gente não vai trabalhar com elas. Só vamos trabalhar com quem tá completo". Não! Então, pra gente não fazer isso, que a gente fez essa reavaliação. Então, como meta para esse ano de 2013 a gente colocou: participar das reuniões de ESF, pelo menos o maior número de integrantes do NASF [...] (PROFISSIONAL DO NASF 02).

Reconhecer a complexidade da clínica pode produzir uma sensação de desamparo nos profissionais de saúde, na medida em que fica evidente a dificuldade em se obter os resultados esperados, se a atuação for unilateral. É necessário, portanto, um segundo eixo de trabalho na Clínica Ampliada, que é a construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas. Apesar de ser

necessário, em alguns momentos, renunciar algumas especificidades da formação, em outros momentos, o compartilhamento dos saberes específicos é fundamental:

> Os profissionais do posto, já estão habituados com isso, então a gente já sabe a quem se dirigir. A mesma coisa com a nutricionista na questão da nutrição, independente dela não conseguir dar conta de atender a população, por exemplo, a gente sabe quem procurar quando a gente precisa. E ela não vai falar "eu não vou fazer", então situações específicas, você tem o profissional ali, que vai te dar um retorno, né, porque antes era tudo muito em cima do enfermeiro... até aquela visão medicalocêntrica, enfermeiro e o médico e só... A enfermeira executa aquilo que o médico acha que é interessante... Então, ter outros profissionais que também pensam junto, sentam pra criar estratégias, é muito legal (PROFISSIONAL E - UBS 02 e 03).

> [...] a equipe precisa, a gente tá ali participando. Então, a gente participa de capacitações pra tá ajudando eles também, nos grupos com os nossos conhecimentos, já mais específicos, a gente vai transmitindo, ajudando no que é possível, dando todo apoio. Eu mesmo, particularmente, tenho participado junto com a educadora física nos grupos de caminhada, era algo que ela já tinha um pouco estruturado com as equipes e eu comecei a ir, para estar fazendo algumas orientações nutricionais junto também, a gente consegue estar conciliando duas coisas: atividades físicas e nutrição. Fazemos escalas, eu e educadora física, para acompanhar os grupos de caminhada das equipes (PROFISSIONAL DO NASF 04).

> [...] antes de iniciar o grupo com a população, eu sentei com cada equipe e fiz a parte do matriciamento, né, explicando a parte de exercícios de alongamento, exercícios de fortalecimento muscular, a importância de fazer o exercício, os cuidados que tem que ter, quais as vestimentas adequadas, calçados, a importância da hidratação. Então, falei dos cuidados com a prática do exercício, né. Isso eu fiz com cada equipe que foi implantar o grupo (PROFISSIONAL DO NASF 01).

A realização do apoio matricial produzida pelo NASF no âmbito da Rede de Atenção Básica de Maringá pode ser percebida como uma estratégia de enfrentamento importante para a mudança do modelo de atenção à saúde no sentido da práxis psicossocial. Ela contribuiu para o desenvolvimento de parcerias com outros pontos da RAPS e outras redes intersetoriais como a Rede de Prevenção e Atenção à Violência. Entretanto, queremos analisar que a implantação do NASF acabou por mitigar outros espaços de apoio matricial em saúde mental, outrora realizados pelo profissional da psicologia da Unidade Básica de Saúde.

Quando realizamos a análise desse processo histórico de inclusão dos psicólogos na Rede de Atenção Básica de Maringá, mencionamos que esses profissionais foram, aos poucos, sendo absorvidos por uma demanda de atendimento clínico, muito mais identificada com o modelo biomédico, do que com o modelo psicossocial.

Entretanto, alguns desses profissionais conseguia desenvolver a clínica ampliada na Atenção Básica e antes da implantação dos NASF, esses profissionais realizavam apoio matricial às ESFs. Entretanto, dos 05 psicólogos entrevistados, apenas 01 deles mencionou ainda realizar esse trabalho com as equipes, juntamente com o NASF ou não:

> A gente procura se integrar em todas as ações da UBS e assim, até na questão da direção, o que precisa a gente pode estar ajudando a resolver, [...]. [...] mas sempre tem esse espaço de escuta do profissional, do que tá acontecendo, pra ajudar a resolver. Assim, então, eu participo das reuniões semanais de ESF e das reuniões gerais da UBS, que são mensais ou bimestrais, depende muito da necessidade. Então, essa é uma parte importante pra gente poder ter essa integração, porque é a partir daí que vão sair as outras ações, [...] (PROFISSIONAL B, UBS 03).

O interessante é que essa profissional não fazia parte da Rede de Atenção Básica de Maringá antes da implantação do NASF. Os demais, que já eram profissionais da rede, entenderam que essa ação poderia ser transferida ao NASF. Destacamos dois excertos que nos geraram essa reflexão:

> A reunião da equipe que acontecia uma vez por semana, eu conseguia vir uma vez por mês, porque daí eu desmarcava uns pacientes e ficava lá um pouco para discutir determinados casos, então elas traziam "oh, tem o caso do fulano, da família tal, tá assim, tá assado", então a gente discutia, tentava o encaminhamento dessa mãe para o grupo, tentava encaixar ele no grupo de ginástica de manhã, para tirar de casa logo cedo, para não ficar só se impregnando com a medicação. Então era isso que a gente fazia. Com a chegada do NASF, eu deleguei. Eu vi uma oportunidade de delegar e ficar só com a minha parte de clínica (PROFISSIONAL H, UBS 01).

> Buscava trabalhar com as equipes também. Eu realmente fiz um trabalho bom com as equipes... o trabalho com as equipes, eu gostaria de retomar... realmente apoiando. [...] No serviço público, você faz um trabalho institucional também, que é quase ser um psicólogo de empresa, em alguns momentos. Então, quando trabalha com a equipe, você trabalha em relação ao usuário, sem dúvida, mas muitas vezes você trabalha conflito da equipe, fazendo a equipe sentar, falar, analisar... Então eu fiz muito isso, esse levantamento que eu falei para você com visitas domiciliares, né... Fiz bastante coisa assim... E agora com o NASF acabei que vou ficando mais pra clínica, um pouco a gente vai se acomodando... Eu não sei como anda a questão dos egressos, que antigamente vinham para mim. Agora não vem nada pra mim mais, então eu já fiz algumas coisas diferentes há um tempo e hoje praticamente estou de forma tradicional (PROFISSIONAL C, UBS 02).

A atuação em uma perspectiva da clínica ampliada coloca em questionamento a intervenção clínica pontual, realizada individualmente por um profissional especializado. Entendemos que o trabalho do NASF coloca essa perspectiva do trabalho clínico e psicoterapêutico em

questionamento. Em Maringá, a atuação do profissional da psicologia na nas UBSs está bastante direcionada para este tipo de intervenção. Já temos claro que o trabalho dos profissionais do NASF não está voltado para este tipo de atuação clínica. Contudo, como a Rede de Atenção Básica de Maringá conta com a presença dos psicólogos em todas as UBSs, o apoio matricial desses profissionais às ESFs pode ser desenvolvida em parceria. O NASF não veio para substituir essa ação, pois elas são perfeitamente complementares.

Aquela profissional de psicologia que acima mencionamos como uma profissional que realiza apoio às ESFs, desenvolve Projetos Terapêuticos Singulares com as mesmas por meio de reuniões semanais e estas reuniões às vezes conta com profissionais do NASF, às vezes, não. Além disso, ela participa da implantação e do planejamento de grupos de artesanato de maneira corresponsabilizada com as ESFs e NASF, ampliando assim, o desenvolvimento da práxis psicossocial.

Manter esses espaços de troca, ampliação da clínica e atenção corresponsabilizada é difícil. Tal como já temos demonstramos, exige práxis criadora, reflexiva e muitas vezes, práxis espontânea. Exige flexibilização dos processos de trabalho e outros modos de gerenciar a demanda.

Entretanto, a demanda reprimida para atendimento clínico individual produzida pela lógica biomédica, não desaparece simplesmente porque os profissionais compreenderam que sua intervenção não precisa se restringir a ela. A elevada demanda “pingando sobre a cabeça desses profissionais”, quase como uma goteira torturante, também os tenciona a se dirigirem a ela, desenvolvendo práxis reiterativa. Mas isso não quer dizer que não exista reflexão sobre essa escolha. Entendemos que as falas dos profissionais da psicologia expressam uma escolha bastante relacionada ao desgaste produzido pela demanda e pela lógica biomédica. Um deles, inclusive mencionou o seu desejo de retomar a prática de apoio matricial com as ESFs a ele referidas. Durante o tempo em que a pesquisa se realizou, não tivemos a oportunidade de observar essa retomada. Mas soubemos que ela ocorreu, pois mantivemos contato com esse profissional posteriormente.

Os três processos de trabalho acima mencionados demonstraram possibilidades e fragilidades existentes na relação entre NASF e RAPS. Por meio deles, pudemos perceber como os contextos e processos de trabalho do NASF se entrecruzam e contribuem para a produção de práxis psicossocial, apesar das limitações ainda existentes. A práxis desse NASF tem possibilitado transformações do saber-fazer, contribuindo para que os sujeitos se reconheçam como sujeitos

sociais, buscando a superação da fragmentação em direção à universalidade e à unidade do humano. Contudo, como a lógica biomédica ainda é hegemônica, esse tipo de práxis está longe de ser prevalente.

Até o momento, analisamos as categorias empíricas de contextos de trabalho e de processos de trabalho. As mesmas estão relacionadas ao modo de operar, de fazer, de aplicar e desenvolver as práticas de atenção à saúde. No entanto, elas estão atravessadas por um saber, por concepções, por ideias, por teorias, ou seja, estão carregando em si uma ideologia. As últimas categorias empíricas que buscamos analisar são 03 **categorias ideológicas** presentes nas práxis observadas. São elas: K) concepção de trabalho em equipe; L) concepção de saúde; M) concepção de família.

K) Concepção de trabalho em equipe

Elegemos o trabalho em equipe como uma das categorias ideológicas a ser investigada porque consideramos que o entendimento acerca desse conceito por parte dos profissionais das equipes de NASF e ESFs precisa estar em convergência com os processos de trabalho acima descritos.

O simples fato de termos uma equipe de diferentes profissionais contratados para atuarem em um programa em comum não quer dizer que eles trabalharão de fato em equipe. Manejar-se em equipe requer que estes profissionais estejam dispostos a produzir as trocas e compartilhamentos analisados nos processos de trabalho acima.

Trabalhar em equipe requer noção de integração, que é um conceito estratégico já presente nos movimentos reformistas anteriormente debatidos e presente no SUS. Também requer redefinição da finalidade do trabalho, não estando voltado apenas para minimização dos sintomas, mas para o cuidado como um todo (PEDUZZI, 2001).

Destacamos alguns trechos de entrevista para a produção do debate:

> Trabalhar em equipe é... dividir responsabilidades principalmente, e entender que eu tenho as minhas particularidades, mas que o paciente, ele é único e que eu preciso tá ali em consonância com as necessidades dele e isso eu vou fazer em parceria com essa equipe que tem muitas coisas que não vou dar conta, mas que eu tenho ali alguém que ou vai atuar junto comigo ou vai me dar o suporte para que eu possa atuar com aquela pessoa, né... (GESTOR RAPS).

> Se todo mundo se responsabiliza pelos os usuários daquela comunidade que você assiste... o paciente antigamente ... até hoje tem profissional que vê assim "o paciente é meu, o paciente é seu", não, o paciente é da equipe toda e hoje em dia

> que não é mais a equipe do NASF, a equipe da unidade, é uma coisa só (PROFISSIONAL DO NASF 07).

Está presente nessa concepção de trabalho em equipe a noção ampliada de saúde e de compartilhamento da clínica. A produção de saúde integral não tem como prescindir dessa ideia de trabalho com a pessoa como um todo. Mas isso não é sinônimo de cada um fazer a sua parte e reconhecer que cada parte é importante. Vejamos outro exemplo:

> Não tem como a gente trabalhar sozinha, pra gente entrar aqui nós temos o trabalho de equipe, equipe multiprofissional e equipe intersetorial, vários setores, principalmente eu que trabalho com políticas sociais não tem como trabalhar sozinha. Aqui dentro da unidade é uma equipe multiprofissional, pra eu entrar aqui na unidade de saúde eu já precisei do vigia para abrir a unidade, eu precisei da zeladora pra deixar a sala limpinha, eu preciso do psicólogo, do agente de saúde, então sem essa equipe, multiprofissional, eu não tenho como trabalhar e sem a equipe multissetorial, intersetorial, então não avança, a gente fica fechada, então nós precisamos trabalhar em rede, não tem como não trabalhar em equipe (PROFISSIONAL A - UBS 01, 02 e 03).

Tomamos o excerto acima como exemplo para mencionar que não se trata de apenas entender que, se cada um fizer a sua parte, no final teremos um trabalho coeso. Não se trata de uma matemática tão simples assim. Em vários momentos desta pesquisa já apontamos a necessidade de superarmos a divisão social do trabalho que se reproduz no cotidiano dos serviços de saúde. A concepção de trabalho em equipe que queremos reforçar como necessária para a uma práxis psicossocial é aquele em que somos capazes de formar uma unidade que é ao mesmo tempo múltipla. Podemos pensar na metáfora do prisma, novamente, como figura ilustrativa. A equipe é constituída por várias faces profissionais, mas é uma mesma unidade. Rompe com a divisão de trabalho previamente estabelecido. Identificamos a expressão dessa concepção de trabalho em equipe nas falas dos profissionais do NASF:

> Eu, como Educadora Física, eu não me vejo só Educadora Física, eu vejo que eu tenho um pouquinho de cada profissional dentro de mim. A gente acaba trocando muita experiência, né e acaba atuando interdisciplinarmente (PROFISSIONAL DO NASF 01).

> Eu tenho aprendido muito, porque a equipe é muito boa, bem estruturada, é a que tem os profissionais já de tempo do NASF, [...] essa troca de experiência mesmo tá sendo muito boa, a gente aprende muito, então assim, conversando com a psicóloga da nossa equipe, ela vai passando algumas coisas e a gente vai aprendendo até como lidar com as pessoas no trabalho e até fora daqui... [...], então a gente vai aprendendo muito, com os outros também a educadora física, a

> outra nutricionista, o terapeuta ocupacional, enfim, é uma troca de experiência a cada dia. Então a cada dia eu sei que eu aprendo alguma coisa com eles, então vai abrindo nossos horizontes, nossa mente, a gente não fica focado, como o meu caso, só na nutrição (PROFISSIONAL DO NASF 04).

O trabalho em equipe exige, portanto, de uma transformação pessoal também. A mudança de práxis requer isso, requer revisão de crenças, revisão de conceitos, de modelos e modos de conceber a si mesmo e a sua relação com o outro. Mas os profissionais reconhecessem que não se trata de uma tarefa fácil:

> Então, é um trabalho que exige paciência, exige que as vezes você trabalhe algumas dificuldades. Eu posso dizer assim que, antes de eu me tornar profissional, eu era uma pessoa que escutava pouco. Sabe aquelas pessoas que tendem a sempre ter razão? Vamos dizer assim, advogado. A minha mãe brincava que eu tinha que ser advogado e eu acho que eu deveria ser mesmo, porque eles sempre me criticavam por eu sempre querer ter razão, sempre querer a que última palavra seja a minha. Então, eu sempre fui muito assim, eu sempre tive essa dificuldade. Quando você trabalha em equipe, você começa a ver que: "Poxa, eu achava que eu tinha razão, mas meu colega aqui tem uma ideia muito melhor". [...] Aí, eu comecei a ver que quando você não pensa sozinho, você acha que você tem as melhores ideias e que isso é a melhor coisa, mas vem alguém e te mostra algo diferente (PROFISSIONAL DO NASF 03).

> Trabalhar em equipe é uma coisa que eu não consigo fazer muito bem. Eu ainda sou meio mandona. Eu sempre acho que aquilo que eu penso é a verdade mais verdadeira que a dos outros. Mas, eu estou praticando. Depois de trinta anos de profissão, quatro filhos, a gente vai mudando alguns conceitos. Então, trabalhar em equipe, é trabalhar junto mesmo. É mais do que importante trabalhar com dados, ser fiel àquilo que você está fazendo. É necessária coesão, sendo fiel aquilo que o grupo decide que deveria ser uma meta (DIREÇÃO, UBS 01).

Identificamos, portanto, que a concepção de trabalho em equipe vem sendo trabalhada e transformada na produção do trabalho vivo em ato, realizada por esses profissionais.

> Então, esse horizonte que eu te falei no começo que aumentou, ele serve para isso. Porque isso? Porque eu tô lá, vamos supor, num grupo de gestante. Ali, eu posso perceber outros problemas em uma gestante, que eu não perceberia se não tivesse esse trabalho em conjunto do NASF. [...] Aí, a gente aprende a desenvolver um olhar que antes a gente não tinha. Às vezes, o dia do grupo, a nutricionista não tá junto, mas a gente já começa a perceber que a gestante tá com um ganho de peso excessivo. Aí, por mais que a nutricionista não tava junto aquele dia, na hora de reuni com a ESF, a gente já vai fazer referência daquela situação. O legal, então, é essa possibilidade de troca. Eu vejo que assim você evita encaminhamentos desnecessários, você dá mais uma opção de assistência aqui na base (PROFISSIONAL DO NASF 06).

A ideia de equipe de saúde está respaldada principalmente pela noção de atenção integral à saúde dos usuários, à partir de uma concepção ampliada do processo saúde-doença. Passemos então para a análise dessa outra categoria ideológica.

L) Concepção de saúde

Já temos demonstrado ao longo do trabalho a concepção de saúde que orientou a realização desta pesquisa. Por isso consideramos desnecessário resgatá-la em profundidade. Defendemos uma concepção histórica e social do processo saúde-doença, entendendo que esse processo se produz na materialidade da vida, no cotidiano das relações, nas possibilidades (condições) e escolhas que se processam coletiva e individualmente em nossa trajetória existencial. Compreendemos que a saúde mental é uma das dimensões afetas a esse processo, e que não pode ser desligada da saúde como um todo.

Examinemos algumas das concepções expressas pelos profissionais:

> Saúde... risos... é um completo bem estar físico, mental e social. Risos. Oh, na verdade, assim, quando a gente sai da academia, agente estuda esses diferentes contextos. Ah, segundo a OMS, é esse utopia, o completo bem estar físico, mental e social. Mas a visão que eu tenho é desse modelo ampliado, né, saúde é um estado de bem estar. É ter qualidade de vida. Nesse modelo ampliado a gente entende que a gente pode ter saúde, mesmo na doença. Então, ser saudável, é bem essa questão de estar bem. Se você pegar na visão da OMS, você vai ver que é uma utopia mesmo. Até porque você nunca consegue saber se fisicamente você está com tudo ok. Então, eu vou bem nessa visão do novo modelo mesmo. Saúde é estar bem com consigo mesmo, estar bem com as coisas ao redor (PROFISSIONAL DO NASF 03).

Percebemos que para alguns profissionais foi difícil apresentar uma concepção que se afastasse daquela estabelecida pela organização mundial de saúde. Muitos começam a apresentar sua concepção negando a legitimidade da ideia nela expressa, mas voltavam depois a afirmar saúde como um "estar bem". Outros, também com dificuldade de pensar a saúde por outros parâmetros associaram-na a um estado de equilíbrio ou à capacidade de restaurar esse equilíbrio, caso seja necessário:

> É uma junção de cuidados, uma coisa ampla, uma junção de fatores. Quando algum fator prevaleça ou outro prevaleça demais isso começa a atrapalhar outros aspectos. Por exemplo, o cuidado deve ser equilibrado, na alimentação, no físico ou no cuidado com a saúde mental. Saúde é equilíbrio que provoca qualidade de vida. E doença não é só física. A doença mental é até pior porque exame não mede esse mal estar. Só consegue medir se você tiver um olhar apurado (PROFISSIONAL DO NASF 07).

> Eu acho assim que saúde é você se sentir muito bem com aquilo que você tem na vida. Só que sentir-se muito bem é variável, porque hoje eu me sinto muito bem, hoje é um dia muito bom pra mim, já acordei ótima, eu tenho certeza que o dia vai ser maravilhoso, amanhã pode ser que não seja um dia tão bom. Mas eu tenho que ter uma estrutura psíquica boa para entender que hoje é um dia bom, graças a Deus! Amanhã pode não ser, mas tudo bem, eu vou passar por ele, "na boa" e aquele dia ruim não vai me adoecer. Então quando a gente tem essa concepção que ser feliz não é uma ausência de problemas, ser feliz é ter a capacidade de resolução desses problemas sem adoecer, pra mim a concepção de saúde é isso, eu encontrar formas de me sentir bem, relações afetivas que me tragam coisas boas, fugir do estresse, tentar fugir o máximo do estresse, investir em qualidade de vida, boa alimentação, bom acesso a saúde, uma série de fatores que envolvem e que a gente tem que buscar sempre (PROFISSIONAL DO NASF 05).

> Envolve não só o não sofrimento, mas principalmente a condição de estar sendo responsável por si mesmo, pelas suas decisões, pelos seus desejos, né... acho que não é só o contrário de doença, mas é essa coisa mais ampla, de eu ser dona da minha vida, das minhas decisões, de poder fazer escolhas... acho que é nesse sentido que eu vejo a questão da Saúde Mental. E lidar com as minhas limitações, com questões que fogem do meu controle, né... acho que nesse sentido (GESTOR RAPS).

Vimos acima que uma ideia bastante recorrente foi a de que saúde não significa ausência de doença. Foi menos expressiva a concepção atrelada a percepção das influências do ambiente e das condições sociais disponibilizadas:

> Aquela conceito, assim, mais geral, do ambiente onde ele tá inserido né? Interferência do ambiente que ele está... Então, você começa a entender algumas coisas. Quer dizer, a concepção fica muito mais, mais ampla, né, porque aqui no consultório claro, é uma coisa importante você estar aqui, né. É uma coisa necessária também esse atendimento ambulatorial. Mas aí, você começa a ver que você tem outras variáveis, que estão influenciando e que, as vezes, você não está conseguindo ver (PROFISSIONAL G, UBS 02).

Todos eles se referiram à saúde como um processo amplo, no qual muitos fatores precisam ser levados em consideração. Porém, no momento de elencar esses fatores, os mais mencionados foram fatores relacionados ao âmbito físico e mental. Na análise desse conceito, observamos dificuldade dos profissionais em pensar saúde de modo intersetorial, o que é fundamental para uma práxis psicossocial. A concepção de saúde convergente com essa práxis é aquela que busca o aumento do coeficiente de autonomia do sujeito, sem necessariamente remeter à ideia de sua autossuficiência ou independência. Nestes termos, saúde é ser capaz de transformar normas e instituir outras diferentes, em condições diferentes, de sorte que a pessoa possa inventar novas maneiras para lidar com o seu sofrimento e de viver o mundo (CANGUILHEM, 1982).

M) Concepção de família

Elegemos a concepção de família como uma categoria ideológica a ser investigada e analisada porque o programa enfocado por esta pesquisa, além de carregar esse conceito no próprio nome, tem como objetivo fortalecer a atenção à saúde desenvolvida pela Estratégia Saúde da Família.

No capítulo 3, recuperamos as origens históricas dessa estratégia, criada a partir de experiências de intervenções comunitárias que começaram a se desenvolver no Brasil, ainda na década de 1970, baseadas no modelo de Medicina de Família. Esse modelo preconiza a ampla resolutividade de intervenções em saúde e vinculação continuada com os usuários dos serviços. Ao ser implantado no Brasil, esse modelo ganhou características bastante peculiares, mas resguardou o termo "família" em sua denominação.

Entendemos que Estratégia Saúde da Família é uma proposta voltada para atenção à saúde da comunidade como um todo, constituída em um território específico, no qual os serviços e profissionais da saúde buscam desenvolver a produção coletiva de cuidado. Não se trata de uma proposta voltada especificamente para um tipo "x" ou "y" de agrupamentos. Por ser uma proposta universal, todos os tipos de indivíduos ou agrupamentos visam ser alcançados em suas práticas.

Mas, ao designar essa proposta como Estratégia Saúde da Família, dependendo da concepção de família que carregamos, corremos o risco de focalizar apenas grupos específicos no desenvolvimento do cuidado em saúde.

Em trabalhos anteriores, já temos sustentado a concepção de família[62] como uma instituição que, de acordo com cada momento histórico, apresenta uma configuração social, política, econômica e cultural. "É um princípio ativo. Nunca permanece estacionária..." (Morgan, 1877, apud Engels, 2006, p.41).

Trata-se, portanto, de um conceito de difícil definição, circunscrito na rede de relações sociais e materiais de produção da existência humana. "Podemos afirmar que não existe *a família*, mas sim várias combinações possíveis circunscritas histórica e socialmente" (Fukui & Bruschini, 1981, p. 3). Tanto a tríade "pai, mãe e filhos" pode ser tomada como um exemplo de configuração

[62] A palavra *família* provém do latim "famulus" cujo significado remete aos seguintes termos: *criado, servidor, escravo doméstico*. Essa terminologia, criada na Roma Antiga, foi aplicada originalmente ao conjunto de empregados de um senhor. Na antiga Roma, predominava uma estrutura familiar patriarcal, em que um vasto leque de pessoas se encontrava sob a autoridade do mesmo chefe (Silveira, M.L. (2000). Família: Conceitos sócio-antropológicos básicos para o trabalho em saúde. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, Curitiba, v.2, n.2, p.58-64, jul./dez.).

familiar, como uma configuração composta por uma vasta parentela. Toda forma de organização familiar é transitória e histórica, tornando-se expressão de toda uma sociedade.

A Estratégia Saúde da Família é uma proposta constituinte do SUS e, como tal, buscamos identificar em nos documentos do Ministério da Saúde (MS), a concepção de família por ele defendida. Só a identificamos em um dos seus documentos recentes, que, inclusive, é um documento orientador da produção do cuidado em saúde mental na Atenção Básica. Segundo o MS (BRASIL, 2013, p. 6)

> Antes de qualquer proposição de trabalho com família, necessário será entender o que é família em sua complexidade, suspendendo juízos de valor, conceitos fechados, lineares e prontos, os quais produzem uma concepção reducionista de família. Pode ser útil compreender família como um sistema aberto e interconectado com outras estruturas sociais e outros sistemas que compõem a sociedade, constituído por um grupo de pessoas que compartilham uma relação de cuidado (proteção, alimentação, socialização), estabelecem vínculos afetivos, de convivência, de parentesco consanguíneo ou não, condicionados pelos valores socioeconômicos e culturais predominantes em um dado contexto geográfico, histórico e cultural.

Sendo assim, para o MS, cada família é uma família na medida em que cria suas próprias estruturas, as suas formas de relação, tendo suas percepções, seus vínculos, suas especificidades, seus problemas e dificuldades. O referido documento se apoia em Costa (1999) para afirmar que "a família, seja ela qual for, tenha a configuração que tiver é, e será, o meio relacional básico para as relações no mundo, da norma à transgressão dela, da saúde à patologia, do amor ao ódio" (COSTA, 199, p.78).

Nesse ponto discordamos do MS e, consequentemente, discordamos também do referido autor. Podemos afirmar que atualmente e que nos últimos séculos o modo hegemônico de conceber família, em suas diferentes configurações, tem sido a base "para as relações no mundo, da norma à transgressão dela, da saúde à patologia, do amor ao ódio". Porém, não podemos afirmar que ela é e sempre será entendida dessa maneira, tal como afirma Costa (1999).

Tendo em vista que o próprio MS (BRASIL, 2013, p. 63) admite que, "antes de qualquer proposição de trabalho com família, necessário será entender o que é família em sua complexidade...", interessamo-nos em analisar a concepção de família dos profissionais do campo pesquisado.

Apresentaremos alguns excertos que expressaram uma concepção de família como grupo de pessoas que dividem o mesmo espaço físico e compartilha responsabilidades e vínculos:

> É um grupo de pessoas que convivem sobre o mesmo teto. Como elas se organizam, como elas estão estruturadas já é uma outra situação, mas é um grupo de pessoas que convivem sobre o mesmo teto, pra mim é isso família (PROFISSIONAL A - UBS 01, 02 e 03).

> Seria essa união das pessoas em que as responsabilidades também seriam divididas, né... com o objetivos aí que não são iguais, mas que em algum momento eles se encontram. Acho que é isso (GESTOR RAPS).

> Família é todo e qualquer núcleo, independente se é pai e mãe, filho, genro; pode ser padrasto com... sei lá, com nora, neto de não sei quem... Todo núcleo que se reúne dentro de um lar, que é chamado de lar, né? Nem sempre é um lar, porque é tudo tão tumultuado, mas são pessoas que tem aquela relação afetiva e que convivem todos os dias ali e tal independente dos seus vínculos familiares consanguíneos ou não. Pra mim, isso é família (PROFISSIONAL DO NASF 05).

> A minha? Bem, eu estou separado há três anos. O lugar onde eu vivia com meus dois filhos e a mãe deles estava sendo um inferno pra mim, que era minha família. Eu não gosto de morar sozinho. Então, fui morar com o meu filho. Hoje eu moro mais com meu filho que já está grande e moro com mais dois amigos. E é uma família! É tão boa essa família... ter uma família onde todo mundo respeita o espaço do outro, onde ninguém grita com o outro. Então, assim... essa família, é uma família. Eu acho interessante. Onde há respeito, onde... Porque as famílias biológicas, elas tem muita dificuldade de respeitar, eu vejo muito isso né... Então, eu não sei muito bem, não tenho acompanhando muito essas questões teóricas, mas eu vejo que está relacionado ao fato de dividir o mesmo teto, a mesma dinâmica. Então acho que a minha concepção de família é muito isso, né (PROFISSIONAL DO NASF 07).

Este último excerto demonstra que o tema família refere-se a uma realidade muito próxima a cada um de nós. O significado, o sentido, os sentimentos despertados são diferentes de acordo com a experiência de cada um e sua história familiar.

> Quando era mais nova família era aquela questão do pai, mãe e os filhos, a avó, hoje a questão de família mudou muito, são vários arranjos, famílias são aquelas pessoas que moram, na minha visão, no mesmo local por aquele período, pode ser um grupo de estudantes, num república, naquele momento eles tem laços familiares, não sanguíneos, com esses novos casamentos, então aquela ideia papai, mamãe e filhos, isso a gente vê hoje muito pouco. Eu acredito que são pessoas que tão ali morando naquela casa, naquele local, porque muitos não moram nem numa casa, e convivem, se ajudam entre si (DIREÇÃO, UBS 01).

Outro sentido dado a família foi família como apoio, como suporte, como refúgio e retaguarda. Vejamos alguns exemplos:

> Mesmo as famílias estando diferentes, têm coisas que a gente não pode perder de vista, que família é aquilo que nos apoia, nos mantém, é um lugar onde se a gente tiver em crise é pra lá que a gente tem que correr, tem que ser o nosso porto seguro, então nesse sentido, trabalhar com as famílias é muito importante, aquelas que não estão assim, não conseguem estar assim, pra que elas possam estar assim, ser esse lugar onde o indivíduo consiga esse ter esse suporte, essa confiança (PROFISSIONAL D, UBS 02).

> Acho que família pra mim é um... grupo de pessoas que estão ali... com um vínculo afetivo muito grande. Partindo da questão familiar do pai, da mãe, dos filhos, quer dizer, um grupo de pessoas com um vínculo muito forte e que estão ali vivendo um para o outro, tentando um ajudar o outro, dar carinho, dar conforto, dar aquilo que necessita, procurando cada vez mais melhorar. Então, assim, são pessoas que estão próximas e essa questão da família acaba se estendendo, não só entre pai, mãe e filho. Acaba se estendendo para os familiares, que tentam vive seus conceitos, aquilo que é certo, que tem seus conceitos, sua formação religiosa, seu trabalho, seu conceito moral. Eu acho assim que, nós somos realmente parte dessa família, eu me sinto assim... Hoje a gente percebe assim que... eu falo para as meninas: "Hoje vocês fazem parte dessa família deles, porque você entrou na casa deles, você viu como eles estão, você faz parte da história deles, então você faz parte da família" (PROFISSIONAL G, UBS 02).

> É a base de tudo. Se a família participar a mudança acontece. A família pode existir, mas não se importar. O apoio que a família dá, muda muita coisa. Família é apoio. Família é aquela que pode estar junto na hora que você precisa. É o começo de tudo e o término também (PROFISSIONAL DO NASF 07).

A família também foi descrita e conceituada à partir de problemas identificados pelos profissionais, caracterizando algumas configurações como " famílias desestruturadas": "Eu falei da Rede de Violência, né? A gente vê que as famílias hoje em dia estão muito desestruturadas, né, precisando de um apoio, de um apoio para que ela conviva melhor. A gente vê que tem diferentes formações familiares" (PROFISSIONAL DO NASF 01).

> Normalmente, as famílias que atendemos não tem a figura paterna. Às vezes, as figuras que cuidam são os avós. Os avós são idosos e, às vezes, não tem condições de realizar o cuidado. Uma vez, veio uma avó com três netos. Depois, veio a filha com mais 4 filhos. A avó estava nervosa e começou a desabafar que ela cuidava das crianças, mas quem recebia o dinheiro do PBF era a mãe. Então, tem a questão financeira que também interfere na estrutura familiar. Meu conhecimento de família era o da minha família: uma família tradicional. Mas, trabalhando aqui, eu lido com famílias com papéis invertidos de pai e mãe. Tem os problemas de negligência que acontecem... vejo o despreparo das famílias muito constantemente. Sei que dentro da criação da família, não tem certo e errado. Mas, se a pessoa foi criada ali naquele meio, isso vai influenciar em algo. Acho que, por isso, a família é tão importante para o desenvolvimento da saúde das pessoas (PROFISSIONAL DO NASF 02).

> Então, eu tenho visto famílias que não se comprometem uns com os outros, né... que não assumem, não dividem essas responsabilidades, que acabam delegando, principalmente quando se deparam com questões das quais elas não dominam, das quais elas não conhecem, né... A gente vê muito isso na questão dos pacientes que são internados no Hospital Psiquiátrico, né... que muitas vezes acabam sendo internados porque a família não colaborou no tratamento [...] (GESTOR RAPS).

Convidar a família a fazer parte do processo de cuidado e corresponsabilização é uma das estratégias de cuidados utilizada pelas RAS, entretanto, temos que cuidar com os nossos juízos de valor que, muitas vezes, nos levam a conduzir o cuidado de maneira culpabilizadora e/ou tutelar. Nossas concepções são atravessadas pela nossa própria experiência, por nossas crenças e valores. Desenvolver uma práxis reiterativa de transposição de modelos particulares e a-históricos de família, nos conduz na produção de estigmas que reforçam uma concepção naturalizada de família.

Alguns profissionais expressaram que nos serviços de saúde todas as configurações existentes de família devem ser acolhidas:

> O conceito de família, hoje em dia, tá tudo... a gente tem que construir e desconstruir, construir e desconstruir o tempo inteiro, né? Quando a gente fala: "Ah! Então, a primeira entrevista, eu faço com a família". Antigamente, você dizia assim: "Ah! Eu preciso do pai e da mãe". Então, hoje, por exemplo, em uma triagem que eu vou marcar, que o rapaz veio só pra agendar, eu perguntei: "Você vive com a mãe do fulano?". A resposta foi: "Não, eu não vivo com a mãe do ciclano". "A mãe pode comparecer?". "Não, ela não vai vir na reunião", ele me respondeu. Então, assim, você tem que trabalhar com a família que se apresenta, né? (PROFISSIONAL H, UBS 01).

> Família... risos... ela é uma instituição da sociedade, mas é um serzinho muito complexo, né, porque a família é muito dinâmica. A minha família pode ser totalmente diferente da sua, porque a família envolve diferentes agrupamentos de pessoas, que tem seus valores, tem suas crenças, tem suas vivências emocionais, né, que formam seus componentes de diferentes maneiras. Então, quando a gente trabalha a saúde da família, temos que ver como é essa família. A família é muito heterogênea. Então, assim, se aquele indivíduo agiu dessa maneira, temos que nos perguntar: "De que família ele vem? Como é o funcionamento dessa família? Ele passou por situações de violência? Ele teve mãe? Ele teve pai? Foi criado pela avó?". Então, a família é isso: é uma instituição, tem seus componentes, mas cada família é uma família (PROFISSIONAL DO NASF 03).

As concepções de família apresentadas revelam a complexidade a ela imposta. As entrevistas revelam um misto de práxis reiterativa e reflexiva. Como as demais categorias ideológicas analisadas, a concepção de família ao ser entendida em sua perspectiva histórica e social, nos faz repensar também as nossas próprias trajetórias familiares.

A família entendida de modo a-histórico e naturalizado contribui para o desenvolvimento de políticas públicas que focalizam determinados tipos familiares e os caracterizam como famílias “desestruturadas”, em “risco” ou “vulnerabilizadas”. O simples fato de serem desenvolvidas políticas de atenção às mesmas, não soluciona os problemas de iniquidade social que lhes são constituintes. Algumas contradições nesse sentido puderam ser observadas nas falas e expressões das equipes de Atenção Básica, por nós entrevistadas.

Para um cuidado produzido na perspectiva da práxis psicossocial, a família precisa ser pensada como um sujeito político e não só como usuária, ou beneficiária do SUS.

Para que a família seja reconhecida como sujeito político e social é imprescindível o aumento do seu poder de contratualidade social e do seu coeficiente de autonomia. Isso lhes possibilitará um reposicionamento subjetivo, diante de si e do mundo. A práxis psicossocial, portanto, almeja contribuir para a recuperação do estatuto de sujeito aos usuários do SUS, em qualquer um de seus serviços, mediante quaisquer que sejam as suas necessidades de atenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS - AS SINGULARIDADES E O UNIVERSO DA PESQUISA:
reflexos e reflexões derivados de um exercício de síntese

> *"Tire suas mãos de mim/Eu não pertenço a você/Não é me dominando assim/Que você vai me entender/Eu posso estar sozinho/Mas eu sei muito bem onde estou/Você pode até duvidar/Acho que isso não é amor/Será só imaginação?/Será que nada vai acontecer?/Será que é tudo isso em vão?/Será que vamos conseguir vencer?/Nos perderemos entre monstros/Da nossa própria criação/Serão noites inteiras/Talvez por medo da escuridão/Ficaremos acordados/Imaginando alguma solução/Pra que esse nosso egoísmo/Não destrua nosso coração/Será só imaginação?/Será que nada vai acontecer?/Será que é tudo isso em vão?/Será que vamos conseguir vencer?/Brigar pra que?/Se é sem querer/Quem é que vai, nos proteger?/Será que vamos ter que responder/Pelos erros a mais/Eu e você?".*
>
> Renato Russo

Chegamos ao momento do trabalho em que nos vemos diante do desafio de "finalizá-lo". Mas, como finalizá-lo se, para nós, não existe trabalho acabado? Na relação que estabelecemos com os fenômenos que buscamos compreender, o movimento de historicidade, neles presente, nos impede de lograr a consciência de totalidade. Nesse processo contínuo do *devir*, já não somos mais as mesmas daquele momento em que iniciamos a pesquisa. Novos sentidos foram construídos e novos questionamentos nos foram despertados, de modo que não entedemos que, aqui, podemos dar o trabalho por acabado. Portanto, ao nos vermos diante da necessidade de empreender essa tarefa, buscamos avaliar o nosso próprio sentido de finalização.

A finalização que estamos nos propondo a desenvolver é a de resgatar a finalidade desse trabalho e buscarmos desenvolver um exercício de síntese, revendo e reconsiderando os objetivos inicialmente propostos, à luz das reflexões que foram sendo produzidas. O movimento de reflexão e de análise empreendido, ao longo da pesquisa, foi nos fazendo transitar dos aspectos mais gerais (universais) para os aspectos mais específicos (singulares) do fenômeno que buscamos compreender: o Núcleo de Apoio a Saúde da Família e sua práxis.

Assim, partimos de um debate sobre os movimentos reformistas do campo da saúde brasileira (Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica), por entendermos o NASF como um fenômeno que foi produzido no entrelaçar de tais movimentos.

Mas, ao desenvolvermos o debate acerca dos movimentos reformistas, também buscamos levar em consideração os aspectos sociais e históricos do contexto mais geral nos quais eles se desenvolveram. Assim, compreendemos que tais movimentos foram produzidos em um contexto de embates e disputas travadas por diversos atores sociais em um momento histórico de luta pela democratização do país. Entendemos também que esse contexto fora atravessado por condicionantes macrossociais de enfraquecimento dos Estados-nacionais, desencadeados por crises estruturais no nível da sociabilidade alcançada no final da década de 1970, que, por sua vez, exigiu reposicionamento político-econômico. Esse reposicionamento foi realizado no sentido da política econômica que conhecemos por neoliberalismo.

Mesmo nesse contexto de embates, instauramos, em nosso país, um processo de transição democrática. Colocamos em curso a construção e implementação do SUS e a revisão da política de saúde mental, que desembocou na constituição da Rede de Atenção Psicossocial. Ambos se desenvolveram a partir de um reconhecimento da saúde integral como direito de todos e dever do Estado. Contudo, dada as conjunturas macrossociais desse contexto, essa concepção de saúde integral como um direito concorre, numa iníqua competição, com uma concepção que estabelece a saúde como uma responsabilidade individual na provisão das condições de uma vida saudável.

A concepção de saúde como um direito é a base sobre a qual se fundamentam os movimentos reformistas que enfocamos, nos quais identificamos a práxis que denominamos de práxis psicossocial. Reconhecemos essa práxis comprometida: 1) com a revisão histórica e social da concepção de saúde-doença; 2) com o entendimento de que a intervenção em saúde se faz no estabelecimento de uma relação entre sujeitos históricos, capazes de transformar a si mesmos e o mundo; 3) com o resgate da cidadania dos usuários do SUS e com a premissa da saúde como um direito e dever do Estado; 4) com a concepção de terapêutica como cuidado integral, produzido horizontalmente e coletivamente por meio da relação entre os sujeitos (profissionais e usuários) que compartilham seus saberes e se responsabilizam conjuntamente pela produção da saúde; 5) com a compreensão de que gestão e atenção, nos serviços de saúde, são dois âmbitos indissociáveis; e 6) com a superação da fragmentação dos serviços e da lógica do especialismo, rumo a consolidação de redes de serviços que operam territorialmente e intersetorialmente.

A concepção de saúde como responsabilidade individual está comprometida com uma práxis biomédica, centrada na doença, na medicalização da vida, na fragmentação dos saberes, no especialismo, nas práticas liberais-privatistas, na intervenção indidual e curativa. Essa práxis é

produto de nosso modo de organização social, que se assenta na divisão social entre as classes e na expropriação do humano, derivada da primazia do capital como reguladora da "livre" competição do mercado de trabalho e da circulação de mercadorias. Cotidianamente, essa práxis se expressa nos modos de viver, ser e pensar da nossa sociedade.

A práxis psicossocial, em contrapartida, se apresenta como crítica, como proposta de transformação da organização social vigente, devendo por isso, ser entendida como práxis revolucionária, no sentido gramsciniano. A compreensão gramsciniana do conceito de práxis revolucionária nos impele a perguntar: Qual é o limite para práxis psicossocial no interior de uma organização social capitalista neoliberal? Não é possível compatibilizar a práxis psicossocial com o capitalismo. Parafraseando Coutinho (1989), assim como a expansão dos direitos políticos, da democracia participativa, quando impulsionada além de certo limite, entra em choque com a dominação capitalista, também a práxis psicossocial termina por encontrar obstáculos na conservação da lógica da acumulação do capital. É nesse sentido que se pode verificar o caráter de transformação civilizatória presente nas proposições da práxis psicossocial.

A implementação do SUS foi uma grande conquista para a sociedade brasileira e uma importante vitória para o movimento da Reforma Sanitária. Entretanto, retomamos o que já dissemos anteriormente: para transcender o esquema biomédico liberal privatista do setor saúde e instituir um sistema de saúde que atenda à nação como um todo, as Reformas Sanitária e Psiquiátricas só pode ser minimamente efetivadas em um Estado democrático, comprometido com transformações em nível global da sociedade, recuperando o debate aceca da oposição entre os diferentes interesses de classe.

Ao recuperarmos as histórias das Reformas Sanitária e Psiquiátrica pudemos reconhecê-las como movimentos sociais que se movem vagarosamente no transcurso do tempo histórico aproveitando-se dos interstícios do sistema capitalista para questioná-lo e, oxalá, transformá-lo. O SUS e Rede de Atenção Psicossocial são resultado desse tensionamento, que ora lhes permite avanço, ora retrocessos.

Entretanto, por serem políticas sociais engendradas dentro de um sistema que lhes é contrário, tanto o SUS, como a Rede de Atenção Psicossocial sofrem constantes cooptações. Em seu interior, se reproduzem as contradições que são próprias da conjuntura mais ampla da organização capitalista. Estamos diante do desafio de desenvolver um sistema universal de saúde com um Estado mínimo e uma política de inclusão social em uma sociedade excludente.

O SUS e a Atenção Psicossocial, enquanto propostas, estão voltados para a produção de saúde de modo socializado, compartilhado e corresponsabilizado. Enquanto que o capitalismo reforça a expropriação-produção da saúde como uma necessidade ou conquista travada no plano individual de luta pela sobrevivência.

Ao longo do texto analisamos que o estabelecimento de leis, portarias, decretos, diretrizes, criação de serviços, contratação de equipes multiprofissionais, estabelecimentos de redes de atenção à saúde, nada disso garante os princípios mais fundantes do SUS: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e participação social. Em um Estado que se diz "ampliado", mas que está mais comprometido com a política econômica neoliberal do que com a garantia dos direitos do cidadão, a transformação das propostas reformistas em política pública permite arranjos público-privados que minam o SUS e a Atenção Psicossocial por dentro. Temos demonstrado dificuldades para resistir e avançar. Em alguns momentos, temos alcançado sucesso em apenas resistir. Em outros, nem isso conseguimos e acabamos retrocedendo.

Foi tentando não perder de vista a complexidade dessas questões que compõem o universo da pesquisa que tentamos focalizar o fenômeno central de nosso trabalho: o NASF e sua práxis. Nesse sentido, buscamos situá-lo historicamente dentro desse campo conjuntural e o apresentamos como um programa inspirado em propostas que visam atualizar a possibilidade de enfrentamento da lógica biomédica, recuperando a práxis comprometida com aquelas perspectivas outrora colocadas pelos movimentos da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica.

Nesse movimento do universal para o singular, procuramos apresentar o NASF em três sentidos: como proposta, como política-pública e como experiência singular.

No que diz respeito ao NASF como proposta, identificamos nele a inspiração de experiências também singulares desenvolvidas no interior do SUS, apresentando-se como uma alternativa para a superação da práxis reiterativa e biomédica. A partir do apoio paidéia (CAMPOS, 2007) e do apoio institucional da PNH (BRASIL, 2010ª), o NASF como política pública carrega em suas diretrizes a possibilidade de que equipes multiprofissionais sejam colocadas à disposição da Atenção Básica para instaurar, nesse âmbito, a possibilidade de reorientação das práxis no sentido da corresponsabilização pelo território, da cogestão, do apoio institucional e do apoio matricial.

Como política pública, o NASF apresentou fragilidades que exigiram revisões constantes de suas portarias para que a proposta não se perdesse em meio a impossibilidade de execução.

Ainda persistem fragilidades nesse sentido, mas a experiência e o debate político podem contribuir para contínua transformação e superação.

Apresentamos o NASF como uma proposta e uma política-pública voltada para a atenção integral à saúde. Reiterando as diretrizes relativas à Atenção Básica, o NASF, como política-pública, estabeleceu 9 áreas estratégicas sobre as quais deve desenvolver suas ações: saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares (BRASIL, 2009).

Entretanto, nosso recorte foi feito no sentido de focalizar a área específica da saúde mental. Não fizemos isso porque a consideramos mais importante que as demais. Pelo contrário, entendemos que esse caráter de integralidade proposto na criação do programa é um dos aspectos fundantes para o estabelecimento da práxis psicossocial que neste trabalho defendemos.

Focalizamos a área da saúde mental por questões relacionadas a nossa práxis no campo da saúde coletiva. Mediante as dificuldades colocadas para a sustentação dos modelos de saúde coletiva e de atenção psicossocial, fomos construindo um debate que apresentou o NASF, como um dispositivo multiprofissional da Atenção Básica, pertinente para o desenvolvimento do diálogo historicamente necessário entre a Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica.

Para analisar a pertinência dessa proposta, buscando uma experiência singular de implementação do NASF. Apresentamo-nos como sujeitos participantes dessa experiência que buscou observar, identificar e analisar os processos de trabalho e as concepções presentes na práxis de um NASF.

Identificamos nas singularidades dessa experiência, os reflexos e refluxos de toda a conjuntura mais ampla que atravessa tanto o SUS, como a Atenção Psicossocial. Maringá é um município que administra os recursos dos três níveis de complexidade de atenção em saúde, está estabelecido em Redes de Atenção à Saúde, possui dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial, cobertura ampla da Rede de Atenção Básica, mas apresenta dificuldades para romper com a lógica biomédica e hospitalocêntrica.

É justamente nesse ponto que defendemos a importância da análise da experiência. Embora existam todas essas dificuldades macrossociais, ao acompanharmos o cotidiano das práticas, o trabalho vivo em ato de uma equipe de NASF e das ESFs e UBSs a ela vinculados, pudemos perceber ali a práxis psicossocial se instalando nos poros do modelo biomédico, ainda hegemônico.

Apresentamos o caráter da práxis criadora, reflexiva e também, em alguns momentos, espontânea, presente em alguns dos contextos, processos de trabalho e concepções do NASF e demais equipes. Nesse sentido, o NASF carrega em si uma possibilidade desalienadora da produção do cuidado em saúde.

No município pesquisado, a saúde mental no contexto da Atenção Básica ficou historicamente associada a uma categoria profissional específica - os psicólogos. Ademais, em outros contextos ficou a reboque das práticas de internação no hospital psiquiátrico.

Na pesquisa por nós desenvolvida, vimos NASF e ESFs se envolvendo na criação de espaços comunitários, como os grupos de convivência/artesanato que passam a possibilitar o enfrentar do isolamento e do estigma da pessoa em sofrimento psíquico, além de contribuir para um cuidado mais capilarizado, não tão dependente dos dispositivos ambulatoriais especializados.

A mudança dos processos de trabalho em busca da superação da fragmentação e do especialismo está sendo colocada em curso pela práxis do NASF que analisamos. No sentido da construção de processos de trabalho transdisciplinares, estes profissionais tem procurado estabelecer estratégias de corresponsabilização da saúde. A saúde mental entendida como uma dimensão da saúde vai deixando de ser objeto de uma atuação restrita e de processos de trabalho restritos.

Assim, aspectos relacionados à saúde mental começam a ser percebidos em intervenções não necessariamente voltadas para a saúde mental. São exemplo disso: a criação de grupos de convivência, que procuram romper com o fator comum do isolamento característicos nas pessoas que dele fazem parte (sejam elas pessoas que apresentam ou não um “rótulo” qualquer de sofrimento psíquico); a construção de projetos terapêuticos singulares que visam a atenção integral à saúde por meio do desenvolvimento de ações interdisciplinares nos diferentes grupos assistidos (idosos, pessoas com sobrepeso, adolescentes, entre outros); a superação da dissolução entre gestão e atenção, por meio do desenvolvimento conjunto dos projetos de saúde do território e pactuações consensuadas; a criação redes intersetoriais; entre outras aspectos que observamos e analisamos. Nessa experiência tênue identificamos a possibilidade de atualizar as propostas reformistas em defesa da construção participativa do SUS e da Atenção Psicossocial.

Contudo, não podemos perder de vista que as contradições no sentido da práxis reiterativa e reacionária estão engendradas no NASF. Assim como a proposta do NASF se instaura nos poros do modelo biomédico, este também se instaura nos poros do NASF.

A implantação do NASF em si não garante a operacionalização da práxis psicossocial. Pelo contrário, analisamos as dificuldades do NASF pesquisado no estabelecer da relação com as ESFs de referência, para o desenvolvimento de uma atenção integral a saúde, para trabalhar em equipe, para desenvolver um movimento de reorientação das práticas já instituídas, para rever concepções naturalizadas. Não podemos desprezar o fato de que, em tempos de neoliberalismo, o modo de gerir o trabalho e produzir saber-fazer será atravessado de pelos preceitos dessa política econômica. Após concluirmos a análise da configuração de trabalho do NASF, percebemos aproximações propositivas com o modelo toyotista de desenvolvimento da produção.

Segundo Antunes (2002), a partir do final da década de 70, início da de 80, novas tecnologias de gestão, inauguradas pelo toyotismo (ou produção enxuta), passam a desenhar novas configurações nos processos produtivos e nas organizações de trabalho. Novos arranjos organizacionais foram arquitetados em busca de estruturas organizacionais mais flexíveis. As estruturas hierárquicas ganham mais leveza com o corte de níveis hierárquicos.

A terceirização passa a ser uma prática disseminada com forte enxugamento dos trabalhadores. Procurando superar a dificuldade para controlar os trabalhadores e o processo produtivo, os grandes conglomerados descentralizam-se, outorgam autonomia às partes, desenvolvem franqueamento e subcontratação (Singer, 1998). Dessa maneira, o conglomerado passa a tomar a forma de firma-rede, com forças características de ente político dispersas, cuja coordenação exige mais que o controle, exige o consenso (Singer, 1998). Estimula-se a formação de unidades autogestionárias.

Os processos de trabalho, sob o impacto das inovações tecnológicas, alteram a relação do indivíduo com a atividade laboral e passam a exigir novas competências e habilidades. Os trabalhadores são pressionados a dominar uma gama cada vez mais ampla de tarefas e a desenvolverem competências múltiplas. Trabalho em equipe, proatividade, criatividade, flexibilidade e empreendedorismo passam a serem características perseguidas nos processos de contratação. Novos modelos de gestão são construídos com vistas ao aumento da produtividade. Programas de qualidade total são bastante utilizados (Antunes, 2002).

Todas essas características estão a serviço da elevação da extração da mais-valia em um mundo altamente globalizado, tecnológico e competitivo. Além da precarização do vínculo de trabalho, esse modelo de produção gera outros prejuízos à vida do trabalhador: a flexibilidade que lhe é exigida faz o trabalho não ficar restrito ao contexto laboral, a elevada qualificação exigida

impõe a necessidade de realização constante de cursos de aperfeiçoamento, as exigências relacionadas a proatividade e criatividade tendem a esgotamento e constante sensação de cansaço.

Analisando o NASF vimos que este programa é constituído por profissionais de nível superior dos quais se exige elevada capacidade para gerenciar processos de trabalho, que seja flexível, que amplie sua visão de clínica, trabalhe com a troca de saberes, desenvolva competências múltiplas, seja proativo e criativo, saiba gerenciar a si mesmo e manejar-se em equipe.

Analisando o processo de contratação dos profissionais do NASF no município analisado, temos mais um fator para considerar essa aproximação com o toyotismo. Esses profissionais não são servidores estatutários. Eles são contratados via processo seletivo, com abertura de edital para emprego público. Eles são contratados por tempo indeterminado, em conformidade com o regime de Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Apesar desse vínculo de trabalho estar em conformidade com leis trabalhistas, trata-se de um tipo de vínculo mais frágil que o vínculo empregatício do servidor estatutário. Além do mais, este arranjo cria disparidade de benefícios institucionais entre a categoria profissional, gerando fragmentação em seu interior, esvaziamento dos espaços de tensão e enfrentamento sindical.

Outra característica do toyotismo que não especificamente vimos presente no NASF, mas que, no município pesquisado, está a ele associada, é a utilização do Programa de Melhoria do Acesso e Qualificação (PMAQ) da Atenção Básica, do governo federal. Por ser um programa de avaliação da qualidade da atenção à saúde baseada no cumprimento de metas e por gerar benefícios financeiros para as equipes que alcançarem determinado índice na avaliação, temos, aí, colocadas as condições para o aparecimento das pressões empresariais dentro dos serviços de saúde.

Isso quer dizer que o discurso de produção do trabalho em redes descentralizadas, estabelecimentos de unidades autogestionárias, flexibilização dos processos de trabalho, formação de equipes múltiplas e com saberes e práticas compartilhados podem ser armadilhas de cooptação neoliberal que distorcem a ideia de emancipação do sujeito.

Isso também quer dizer que precisamos atualizar o debate político na arena de disputas e tensões tocantes a área da saúde. Segundo Campos (2011), não temos um ator político, um bloco político. Estamos fragmentados e, com isso, estamos desmobilizados. Os movimentos de base diminuíram, o controle social institucionalizou-se. As últimas conferências reproduziram essa fragmentação, não existindo nelas uma capacidade de estabelecer um diálogo com a sociedade.

Apesar da gestão participativa, sua capilaridade é baixa. Segundo ele, 70 a 80% dos conselheiros mantem-se os mesmos há anos.

Se nós não tivermos clareza desses movimentos, às vezes sutis, outras vezes, nem tanto, de cooptação neoliberal no campo das práxis, dificilmente conseguiremos superar as tensões que se opõem à práxis psicossocial.

Temos que fazer o movimento do singular para o universo da pesquisa novamente e propor que repensemos as possibilidades de transformação social não somente no âmbito da saúde, mas no âmbito das políticas sociais como um todo. Precisamos atualizar o nosso debate acerca da relação entre Estado e sociedade. Precisamos revisar a práxis dos próprios movimentos reformistas que parecem também ter sido cooptados pela lógica de especialismo e fragmentação.

Para esta práxis que defendemos não há receitas prontas e para ela promover saúde coletiva será sempre uma ação continuada e múltipla, no sentido de nunca tê-la por alcançada, já que a existência humana saudável é capaz de se redefinir, se reinventar, enfim, de se expressar. Quem saberá os limites dela?

"Quando entendemos saúde como emancipação dos sujeitos [do usuário, da família e do trabalhador da saúde], não tem mais sentido discriminar cura e prevenção, não tem mais sentido o vetor progresso, porque a manicomialização das instituições quiçá foram superadas" (LANCETTI, 1991, p. 88).

Esperamos que após a leitura do que foi exposto, ou seja, após contarmos a história a nosso modo, tenha ficado claro que a perspectiva metodológica que acreditamos ser ferramenta importante para a práxis do profissional que atua na saúde é esta que entende "o fenômeno psicológico como uma expressão que o homem faz da realidade e das experiências vividas, de modo a não dissociá-lo do mundo social e cultural, no qual o homem se insere e no qual encontra todas as suas possibilidades de ser e seus limites" (Bock, 2001, p. 9-10). Essa compreensão também nos coloca diante de uma ética e de um comprometimento político-social no exercício profissional.

A demanda por atendimento em saúde mental, seja ela decorrente dos consultórios particulares, escolas, hospitais, unidades de saúde, ambulatórios e/ou instituições para-educativas, requer dos profissionais uma postura ética consistente. Estamos aqui propondo uma reflexão sobre a ética não no sentido moral, mas no sentido de um *Ethos*, ou seja, "... enquanto forma de habitar o mundo instaurando uma atitude de crítica permanente de nosso ser histórico e dos valores que conduzem nossas ações" (Silva, 2003). Não temos de um lado a ética e de outro o desenvolvimento

das práticas profissionais. Temos, isto sim, determinadas estratégias de produção de conhecimento (pesquisas, teorias) que expressam determinados valores que orientam nossos modos de existência (ética) e se refletem em nossas ações (prática). Isso tudo pode ser resumido na palavra "práxis". Propomos, portanto, a práxis psicossocial no sentido de um *ethos* e não no sentido de um *locus*, tal como ela comente é pensada ao ser relacionada com um determinado dispositivo de saúde (com o CAPS, por exemplo).

Assim, falar de um posicionamento ético no exercício das práticas profissionais em Saúde Pública nos remete a discussão da própria função política da prática: trata-se de pensar sobre o que somos e quais valores marcam a constituição histórica daquilo que hoje somos. Nossas práticas têm contribuído com o processo de emancipação humana ou têm cerceado esta emancipação?

Entendemos que esta deve ser uma preocupação ética e política na produção de nosso saber-fazer não só no que diz respeito à atuação na Saúde Mental e Saúde Pública, mas para todas as áreas de conhecimento.

Por meio desse exercício de síntese, terminamos este trabalho tentando traduzir que a preocupação subjacente na produção dessa pesquisa foi a reflexão sobre o papel da revolução social em nosso mundo instituído. Revolução social não "como um processo pontual focado nas contradições imediatas das nossas relações atuais, mas como um processo multissecular de passagem de uma formação social a outra, e o papel da revolução política, como episódio de transformação institucional das relações de poder", tal como menciona Singer (1998, p. 11).

Isso exige de nós a compreensão do caráter de transformação civilizatório proposto pela práxis psicossocial.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**. 2010, vol.26, n.12, pp. 2234-2249.

ALVES, G. **Trabalho e Subjetividade:** o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório. São Paulo: Boitempo Editorial, 2011.

AMARANTE, P. (org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMSM. Associação Maringaense de Saúde Mental. **Cartilha para usuários e familiares**. Maringá, 2014.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H.; BEZERRA, R. C. A Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. Em: CAMPOS, G. W. S. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

ANTUNES, R. **Os sentidos do Trabalho**: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo Editorial, 2002.

ARAUJO, M. C. Também existe alegria no bairro Santa Felicidade. Jornal 76, Maringá, out., 2008.

AROUCA, S. A reforma sanitária brasileira. Tema, **Radis**, n.11, 1998; p.2-4.

AROUCA, S. Revendo a trajetória: os avanços e retrocessos da Reforma Sanitária Brasileira. Tema, **Radis,** 20, fev., 2001; p. 3-8.

AROUCA, S. **O dilema preventivista:** contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

BAER, W.; CAMPINO, A.; CAVALCANTE, T. Saúde no processo de desenvolvimento do Brasil. Em: BAER, W. **A economia brasileira**. 2ª. ed. São Paulo: Editora Nobel, 2003.

BANCO MUNDIAL. Relatório nº. 20475-BR. **O Combate à Pobreza no Brasil:** Relatório sobre Pobreza, com ênfase nas políticas voltadas para a Redução da Pobreza. Volume I. Departamento do Brasil – Setor de Redução da Pobreza e Manejo Econômico. Região da América Latina e do Caribe. Washington, DC, 2001.

BASBAUM, L. **História Sincera da República.** São Paulo: Alfa-Omega, 1976.

BERLINGUER, G.; TEIXEIRA, S.M.F.; CAMPOS, G.W.S. **Reforma Sanitária**: Itália e Brasil. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1988.

BRASIL. **Lei nº 3.071** de 01 de janeiro de 1916 - Código Civil dos Estados Unidos do Brasil. Brasília, 1916.

_____. Ministério do Estado da Previdência e Assistência Social/Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social. Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária. **Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária.** Brasil: MPAS/INAMPS, 1982.

_____. **Lei Nº 8080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 24/11/2013.

_____. **Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 24/11/2013.

_____. **Portaria GM Nº 224, de 14 de fevereiro de 2014.** Autoriza liberação de recursos financeiros para o Estado de Rondônia referente ao incentivo para aquisição de equipamentos e materiais permanentes e de custeio mensal Disponível em: http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/122643-224.html. Acesso em: 24/11/2013.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**, Brasília. 2001a.

_____. **Lei Nº 10.216,** de 6 de abril de 2001b. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 24/11/2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 336/GM** de 19 de fevereiro de 2002.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Cem anos de Saúde Pública**: a visão da **Funasa**/Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS:** equipe de referência e apoio matricial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Brasília, 2005.

_____. **Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006a. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm. Acesso em: 24/11/2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde**: saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Grupo de Trabalho de Humanização**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/ Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília [online]. 2007. Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf. Acessado: 08/03/2010.

_____. **Portaria GM Nº 154, de 24 de Janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. 2008. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/port aria154_24_01_08.pdf. Acesso em: 8 set. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Diretrizes do NASF.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Portaria GM Nº 4.279, de 31de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html. Acesso em: 24/11/2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização:** Formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Oficina de qualificação do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. **Portaria GM Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011a**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html. Acesso em: 24/11/2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Caderno de referência para o processo de formação de profissionais do Apoio Institucional Integrado do Ministério da Saúde:** QUALISUS-REDE. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. **Portaria Nº 2.488, de 21 outubro de 2011c.** 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). 2011c. Disponível em: http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html. Acesso em: 24/11/2013

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em dados.** ano VII, nº 11, outubro, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. **Portaria Nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012c.** Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html.Acesso: 25/04/2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ):** manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental.** Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

BOARINI, Maria Lucia. **Estágio em posto de saúde: prática e reflexão.** *Psicol. cienc. prof.* vol.9, n.2, pp. 27-30, 1989.

BOARINI, M. L. (org.). Apresentação. **Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Higienismo e Eugenismo.** Disponível: http://www.ppi.uem.br/gephe/. Acesso: 20 de março, 2013

BOCK, A. M. B. A psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia. Em: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M.; FURTADO, O. **A psicologia sócio-histórica:** uma perspectiva crítica em psicologia. São Paulo, 2001.

BOTTOMORE, T. Dicionário do Pensamento Marxista. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

BURROUGHS,W. S. **O almoço nu.** São Paulo: Editora Brasiliense, 1992.

CALLEJO, J. **El Grupo de Discusión:** introducción a una práctica de investigación. Barcelona: Ed. Ariel, 2001.

CAMPOS, G.W.S**. Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1992.

CAMPOS, P. F. S. **Os enfermos da razão**: cidade planejada, exclusão e doença mental. (Maringá, 1960-1980). São Paulo: Annablume, FAPESP, 2004.

CAMPOS, C. E. A. Os princípios da medicina de família e comunidade. **Revista APS**, v.8, n.2, p. 181-190, jul./dez. 2005.

CAMPOS, G. W. S. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

_____. Paideia e Gestão: indicações metodológicas sobre o apoio. In: _____. **Saúde Paidéia**. 3.ed. São Paulo, Hucitec, p.85-102, 2007.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**. vol.23, n.2, pp. 399-407, 2007.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico.** 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1982.

CANTILLANO, E.M.C. Análise crítica da conceituação predominante sobre atenção médica primária. Em: _____. Medicina social, aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983. p.181-205.

CARVALHO, F.C. **Bretton Woods aos 60 anos.** [online]. 2008. Disponível em: www.ie.ufrj.br/moeda/pdfs/bretton_woods_aos_60_anos.pdf. Acessado em: 20/08/2013.

CARVALHO, S.R. **Saúde Coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança.** São Paulo: Editora Hucitec; 2005.

CARVALHO S.R.; CAMPOS G.W.S. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cad. Saúde Pública**. v.16, n2, 2000; pp.507-515.

CEBRID. Centro Brasileiro de Informação de Medicamentos Psicotrópico - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Departamento de Psicofarmacologia. **Haja ansiedade. Haja insônia**.

Bol. CEBRID n. 47, jan/fev/mar de 2003. Disponível em: <http://www.saude.inf.br/cebrid/boletimcebrid47.htm.> Acesso em: 15/03/2014.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. **Política de saúde, uma doença incurável?** Mesa redonda. Psicol. cienc. prof. vol.4 no.1 Brasília, 1984.

CNES. Cadastro Naccional de Estabelecimentos de Saúde. Ministério da Saúde – Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB. Disponível: http://cnes.datasus.gov.br/. 31 de março de 2013.

COELHO, I.B. Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil**. Ciênc. saúde coletiva.** v.15,n.1, 2010; pp.171-183.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais.** Brasília: Cofen, 2011.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar.** Rio e janeiro: Edições Graal, 1999.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. Em: AMARANTE, P. (org.) **Ensaios:** subjetividade, Saúde Mental, Sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

COSTA-ROSA, C.A.; LUZIO, C.A.; YASUI S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Arquivos de Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003. p. 13-44.

COUTINHO, C.N. Representações de interesses, formulação de políticas e hegemonia. In: TEIXEIRA, S. F. (org.). **Reforma Sanitária: em Busca de uma Teoria.** São Paulo: Cortez/Abrasco, 1989. p. 47-60.

_____, C.N. **Intervenções**. São Paulo: Cortez, **2006**.

_____, C.N. **De Rousseau a Gramsci**: ensaios de teoria política. São Paulo. Boitempo. 2011.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica.** 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Revista Saude e Sociedade**. v.20,n.4, 2011; pp.961-970.

CURY, C. R. J. Educação e Contradição: elementos metodológicos para uma teoria crítica do fenômeno educativo. São Paulo: Autores Associados, 1985.

DAÚD JÚNIOR, N. Considerações histórico-conceituais sobre a instituição psiquiátrica no Brasil e a desinstitucionalização do "doente mental". Em: BOARINI, M. L. (org.) **Desafios na atenção à saúde mental.** Maringá: Eduem, 2000.

DEMOGRAFIA MÉDICA NO BRASIL. Coordenação de Mário Scheffer; Equipe de pesquisa: Alex Cassenote, Aureliano Biancarelli. v. 2 São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013.

DUARTE, N. A filosofia da práxis em Gramsci e Vigotski. In: MENDONÇA, Sulei Guadelupe de Lima; DA SILVA, Vandei Pinto; MILLER, Stela (orgs). **Marx, Gramsci e Vigotski**: aproximações. Araraquara: Junqueira&Marin; Marília: Cultura Acadêmica, 2009.

ENGELS, F. *Anti-Düring*. Originalmente publicado em 1877.Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/anthist/marcos/hdh_engels_anti_during.pdf. Acessado em: 27/10/2010.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998.

FALK, M.L.R; FALK, J. W.; OLIVEIRA, F.J.A.Q. ; MOTTA. M.S. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. **Revista de APS** (Impresso), v. 13, p. 4-9, 2010.

FARIA, Lina Rodrigues de. **A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo (1920-30): perspectivas históricas.** *Hist. cienc. saude-Manguinhos*. 2002, vol.9, n.3, pp. 561-590.

FERNANDES, F.D. **(In)ventando multiplicidades:** a função apoio enquanto dispositivo de produção de saúde no SUS. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso Aprimoramento Multiprofissional e Especialização em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. Orientador: Ricardo Rodrigues Teixeira. São Paulo, 2012.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface (Botucatu)**, vol.9, n.18, 2005; pp. 489-506.

FLEURY, S. A questão da democracia na saúde. Em: FLEURY, S. (org). **Saúde e democracia: a luta do CEBES.** São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FINKELMAN, J. (org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

FORTES, S. **Transtornos Mentais Comuns na Atenção Primária**: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município

de Petrópolis-RJ-Brasil. Tese de Doutorado. IMS/UERJ. Rio de Janeiro, 2004.

FRAZATTO, C. F. **O hospital psiquiátrico e o "voltar para casa"**: interstícios deste caminho. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em psicologia. Universidade Estadual de Maringá. Maringá, 2011.

GALLO, E.; NASCIMENTO, P.C. Hegemonia, bloco Histórico e Movimento Sanitário. In: TEIXEIRA, S.F (org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez/Abrasco, 1989.

GERALDES, P. C. **A saúde coletiva de todos "os" nós**. Rio de Janeiro: Revinter, 1992.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 1999.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**. 2006, vol.22, n.6, pp. 1171-1181.

GOULART, F.A. Esculpindo o SUS a golpes de portaria... considerações sobre o processo de formação das NOBs. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n. 2, 2001; p. 292-300.

GRACIA JUNIOR, C.A.S.; NASCIMENTO, P.T.A. O dispositivo apoio matricial na atenção primária em saúde: um relato de experiência no município de João Pessoa/PB. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v.5,n.2, 2012; pp.93-104.

GRAMSCI, A. **Maquiavel, a política e o Estado moderno.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

_____. **Cadernos do Cárcere**. Tradução do italiano por Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, v.1, 1999.

_____. Cadernos do Cárcere. Rio de Janeiro, Tradução do italiano por Carlos Nelson Coutinho. Editora Civilização Brasileira, v.3, 2000.

HARVEY, D. Neoliberalismo como destruição criativa. In: **Interfacehs**: Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente. v.2, n.4. Tradução, ago 2007, pp. 1-30.

HECKERT, A.L.C.; NEVES, C.A.B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização: Formação e intervenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. pp.13-28.

HUBNER, L. C. M.; FRANCO, T. B. O programa médico de família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. **Physis**. 2007, vol.17, n.1, pp. 173-191.

IBGE. **Estatísticas Históricas do Brasil:** séries econômicas, demográficas e sociais (1550-1988). Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. 2ª. ed. rev. atual. v. 3. Rio de Janeiro: IBGE, 1990.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Rio de Janeiro, Ministério do Planejamento e Orçamento, 2010.

IBGE. **Síntese dos Indicadores Sociais 2013** - FTP - IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Rio de Janeiro, 2013.

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Caderno estatístico município de Maringá**. Paraná, 2013.

ILLICH, I. **A Expropriação da Saúde:** nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

KUENZER, A. Z. Desafios teórico metodológicos da relação trabalho-educação e o papel social da escola. In: Frigotto, Gaudêncio. (Org.). **Educação e crise do trabalho: perspectivas de final de século.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1998. (p.55-75).

LANCETTI, A.**:** Prevenção, Preservação em Saúde Mental. **Saudeloucura,** n.1. São Paulo: Hucitec, 1991.

LAKATOS, E. M., BRUTSCHER, S. M. **O conceito saúde-doença analisado através dos tempos e a prática previdenciária no Brasil.** *Saúde em Debate*, v. 24, n. 54, Jan/Abr, p.75-89, 2000.

LEAVELL, S.; CLARCK, E.G. **Medicina Preventiva**. SP: McGraw-Hill, 1976.

LUZIO, C. A.; YASUI, S. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. **Psicologia em Estudo** (Impresso), Maringá, v. 15, p. 17-26, 2010.

LUZIO, C. A. Atenção psicossocial e a psiquiatria biológica: uma trajetória histórica. In: L ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. (Org.). **Análise Institucional e Saúde Coletiva**. 1ªed. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 471-509.

LUZ, M. T. **Medicina e ordem política. Políticas e instituições de saúde (1850-30).** Rio de Janeiro, Graal, 1982.

MARAGNO L, GOLDBAUM M, GIANINI RJ, NOVAES HMD, CÉSAR CLC. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo. **Cad Saúde Pública**, 22 (8): 1639-48, 2006.

MARINGÁ. Secretaria de Saúde e Bem Estar Social. **Plano de trabalho do setor de Psicologia**. Maringá, 1986. 3 f.

_____. Secretaria de Saúde e Bem Estar Social. **Ata da reunião do serviço de psicologia**. Maio de 1989. Maringá, 1989.

_____. Secretaria de Saúde e Bem Estar Social de Maringá. **Características dos atendimentos realizados pelo serviço de psicologia da** Maringá, 1989 (impressão 1990). 26 f.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Levantamento anual de caracterização da clientela atendida pelo serviço de psicologia.** Maringá, 1991a.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Ata da reunião do serviço de psicologia.** Agosto de 1991. Maringá, 1991b.

_____. I CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Relatório final**... Maringá: Secretaria Municipal de Saúde, 1991c.

_____. I CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL. **Relatório final**... Maringá: Secretaria Municipal de Saúde, 1992.

_____. **Perfil da cidade de Maringá**. Maringá: Gráfica Municipal, 1996.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Ata da reunião do serviço de psicologia.** 5 de novembro de 1999. Maringá, 1999.

_____. **Portaria nº002.** Institui Comissão de Desinstitucionalização. Maringá: Secretaria Municipal de Saúde, 2008.

_____. Secretaria de Saúde de Maringá. **Plano municipal de saúde 2010-2013**. Maringá: Secretaria Municipal de Saúde, 2010.

_____. **Atenção em saúde mental no município de Maringá.** Secretaria Municipal de Saúde. Maringá: Secretaria Municipal de Saúde, 2012a.

_____. **Portaria nº 003.** Secretaria Municipal de Saúde. Órgão Oficial do Município, Maringá, 2012b.

_____. Secretaria de Saúde de Maringá. **Plano municipal de saúde 2014-2017**. Maringá: Secretaria Municipal de Saúde, 2014.

MARTINIANO, C.S., et. al. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família no contexto da organização dos serviços de saúde: elementos para o debate. In: **Anais da I Conferência Nacional de Políticas Públicas contra a pobreza e a desigualdade**. I Conferência Nacional de Políticas Públicas contra

a pobreza e a desigualdade. 2010 Nov 10-12; Natal, Rio Grande do Norte. Natal: UFRN; p. 01-8, 2010.

MARTINS, L.M **As aparências enganam**: Divergências entre o Materialismo Histórico Dialético e as abordagens qualitativas de pesquisa. In: 29ª. Reunião Anual da ANPED, 2006. Cultura e Conhecimento. Disponível em www.anped.org.br/reunioes/29ra/trabalhos/trabalho/GT17—2042.Int.pdf. Acessado em: 03/11/2010.

MARX, K. **Contribuição à critica da economia política**. São Paulo. Martins Fontes,1983.

MARX, K.; ENGELS, F. **A Ideologia Alemã**. (Feuerbach) 5. ed. São Paulo: HUCUTED, 1986.

MASSUDA, A. **O método do apoio Paidéia no Hospital:** Descrição e análise de uma experiência no HC - Unicamp / Adriano Massuda. Campinas, SP, 2010.

MATUS, C. Política, planejamento e governo. Brasília: Editora IPEA, 1993.

MENDES, E.V. (Org). **Distrito sanitário:** o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, Ed. Hucitec, 1994.

_____. Entrevista - O SUS e a Atenção Primária à Saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 8, n. 2, jul./dez. 2005.

_____. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte - Minas Gerais: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde, 2007.

MENEZES, C.A. **Implantação do Núcleo de Apoio ao Programa de Saúde da Família (NASF) em Olinda:** estudo de caso. Dissertação de Mestrado, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. **Atenção básica e atenção primária à saúde:** origens e diferenças conceituais. Rev. APS, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. ; MAGALHÃES JR.; H. M.; RIMOLI, J. **O trabalho em saúde:** olhando e experenciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

MERHY, E. E. **Carta da saúde.** [*online*]. 2011. Disponível: http://cartadasaude.wordpress.com/2011/06/21/nos-estamos-vivendo-todo-esse-processo-de-ais-de-vinte-anos-de-um-esforco-gigantesco-de-construcao-do-sus-em-condicoes-desfavoraveis-endo-a-lei-8080-mutilada-e-tendo-a-lei-de-responsabilid. Acesso: 10/01/2014.

MÉSZÁROS, I. **A crise estrutural do capital.** São Paulo: Boitempo, 2009.

MICHAELIS. **Dicionário Escolar da Língua Portuguesa**. 1ed. São Paulo: Melhoramentos, 2009.

MORAIS, A.P.P.; TANAKA, O.Y. Apoio matricial em saúde mental: alcances e limites na atenção básica. **Saúde sociedade**. 2012, vol.2,n.1, pp. 161-170.

MINAYO, M.C.S. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. IN: _____, M.C.S.; DESLANDES, Suely Ferreira (org.). **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p.83-107.

_____, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde, 11ª ed. – São Paulo: Hucitec, 2008.

MIRANDA, A. **Programa Saúde da Família**: Entre a Panaceia e o Preconceito. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1997.

MORI, M.E.; OLIVEIRA, O.V.M. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. **Interface** (Botucatu). 2009, vol.13, suppl.1, pp. 627-640.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao Estudo do Método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NUNES, E. D. **Sobre a sociologia da saúde.** São Paulo: Hucitec, 1999.

NUNES, E. D. **Saúde Coletiva:** uma história recente de um passado remoto. CAMPOS, G. W. S. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

O DIÁRIO DO NORTE DO PARANÁ. INAMPS anuncia reformulação do atendimento Psiquiátrico em Maringá. O Diário do Norte do Paraná. 29 outubro de 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança.** Direção-Geral da Saúde. Lisboa [online]. 2002. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf. Acessado em: 08/03/2010.

O'DONNELL, G. Tensões no Estado autoritário-burocrático e a questão da democracia. In: Collier D, organizador. **O novo autoritarismo na América Latina**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; p. 267-96, 1982.

OLIVEIRA, G.N. **Devir apoiador**: uma cartografia da função apoio. Tese (Doutorado). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Orientador: Sergio Resende Carvalho. Campinas: SP, 2011.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA FLEURY, S.M. **(Im) Previdência Social**: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO, 1986.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Declaração de Alma-Ata.** Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; Sep 6-12; 1978. Disponível em: http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf. Acesso em: 24/11/2013.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Trabalhando juntos pela saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. **Informe Dawson sobre al futuro de los servicios médicos y afines, 1920**: informe provisional presentado al Ministerio de Salud de la Gran Bretaña en 1920 por el Consejo Consultivo de Servicios Médicos y Afines. Washington, D.C; Organización Panamericana de la Salud; feb. 38 p, 1964.

PAIM, J.S. Gestão da atenção básica nas cidades. In: NETO, E.R.; BÓGUS, C.M. **Saúde nos aglomerados urbanos:** uma visão integrada. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003; pp.183-210.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Tese de doutorado. Universidade Estadual da Bahia. Salvador: J.S. Paim, 2007.

PAIM, J.S. Uma análise sobre o processo da reforma sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, v.33, n.81, p.27-37, 2009.

PAIM, J. et al. **O sistema de saúde brasileiro:** história, avanços e desafios. Publicado online em 9 de maio de 2011. Disponível: http://www.patriciaemick.com/UNISUL/ Coletiva%20I/Materiais/coletivaI_documento_saude%20no%20brasil%20cap%2001.pdf. Acesso: 20 abr. 2013.

PALÁCIOS, A. R. et. al. **Implantação de redes de prevenção de violência em Maringá** – PR. ANAIS DO 12º CBMFC - Medicina de Família e Comunidade: acesso com qualidade – CBMFC, Pará, 2013.

PARANÁ, Plano regional de atenção à saúde mental, 1993.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde. Paraná, 2013.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Públic**a,35(1):103-109,2001.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciênc. saúde coletiva**[online]. 2011, vol.16, n.12, pp. 4579-4589.

PORTO, Maria Célia da Silva. **A Condição do Estado Assistencialista no Brasil Pós Constituinte.** Tese de Doutorado. UFPE, 2005.

RIBEIRO, J. M. **Atenção básica em saúde e a busca por uma conceituação.** ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 413-429, 2002.

RIBEIRO, S., LUZIO, C. A. As diretrizes curriculares e a formação do psicólogo para a saúde mental. **Psicologia em Revista**, v.14, 2008. p.203-220

ROSEN, G. **Uma história da Saúde Pública**. São Paulo: Ed. Unesp, 1994.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via – a Reforma Psiquiátrica Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos "países avançados". Em: NICÁCIO, F. (org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SAMPAIO, J. et al. O NASF Como Dispositivo da Gestão: Limites e Possibilidades. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. 16(3): 317-324. 2012.

SANTOS, W.G. **Cidadania e justiça.** Campus: Rio de Janeiro, 1979.

SANTOS, N.R. Desenvolvimento do SUS: rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12n.2, 2007. pp.429-435.

SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B.; GOMES, R.S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface** (Botucatu). v.13, supl.1, 2009; pp.603-13.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social**: a trajetória da saúde pública. Porto Alegre, L&PM, 1987*;* SP: Senac, 2002.

SCOCHI, Maria José. **Evolução da mortalidade por causas evitáveis e expansão dos recursos municipais de saúde em Maringá, Paraná.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 1999, vol.33, n.2, pp. 129-136.

SIACS. Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde, 2014. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/index.html. Acesso em: 28/04/2014.

SILVA, C. D.; CONEGLIAN, L. A. G. **Proposta de estruturação do ambulatório de Saúde Mental**. Maringá: Secretaria Municipal de Saúde, 1990. 9 f

SILVA, G. R. Origem da medicina preventiva como disciplina do ensino médico. **Rev. Hosp. de Clínicas Fac. Med.**, 28: 91-6, 1973.

SILVA, R. N. Ética e Paradigmas: desafios da psicologia social. Em: PLONER, K. S. (org.). **Ética e paradigmas na psicologia social**. Porto Alegre: ABRAPSOSUL, 2003.

SINGER, P. **Repartição da renda:** pobres e ricos sob o regime militar. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

SINGER, P. **Uma utopia militante:** repensando o socialismo. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

STARFIELD, B. (org.). **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, S.M.F. Reflexões teóricas sobre democracia e Reforma Sanitária. In: TEIXEIRA, S.M.F. **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989. pp. 17-46.

TEIXEIRA, S.M.F. Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o sistema único de saúde (SUS). ***Rev. adm. empres.*** vol.49, n.4, 2009, pp. 472-480.

VASCONCELOS, E.M. **Abordagens psicossociais.** História, Teoria e Trabalho no Campo. v.1. São Paulo: Hucitec, 2009.

VASCONCELOS, E.M. (org.). **Desafios políticos da reforma psiquiátrica** brasileira. São Paulo: Hucitec Editora; 2010.

VASCONCELOS, M.F.F.; MORSCHEL, A. O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na Saúde Coletiva. **Interface** (Botucatu). vol.13, suppl.1, 2009, pp.729-738.

VÁZQUEZ, A. S.Filosofia e Circunstâncias. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira, 2002.

VÁZQUEZ, A. S. Filosofia da Práxis. Tradução de Luiz Fernando Cardoso. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1977.

YASUI, S. **Rupturas e encontros:** desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. 2006. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

WHITE, K. L; WILLIAMS, T. F.; GREENBERG, B. G. The ecology of medical care. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 265, 1961, pp. 885-892.

WONCA, World Organization of National Colleges. Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. **Classificação Internacional de Atenção Primária** (CIAP 2). 2.ed. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009.

WORD BANK. **Income distribution in post-1964 Brazil:** new results. Reprinted with permission from Journal of economic history, vol. 43, nº 1, March, 1983.

ANEXOS

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
(Capítulo IV, itens 1 a 3 da Resolução 196/96 – Conselho Nacional de Saúde)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa "O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e os (des)encontros da saúde mental com a família brasileira", sob a responsabilidade da pesquisadora Renata Heller de Moura, RG nº8.454.350-0.

Este termo, elaborado em duas vias, deve ser lido, rubricado e assinado, para fins de declarar o seu livre consentimento na participação da pesquisa e consentimento para utilização das informações disponibilizadas. Uma via ficará em seu poder e a outra via em poder da pesquisadora responsável.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências e Letras – UNESP/Campus de Assis. Quaisquer dúvidas quanto aos aspectos éticos poderão ser esclarecidas no telefone (18) 3302-5607 ou pelo e-mail cep@assis.unesp.br, ou diretamente com a pesquisadora no telefone (44) 9107-3637 ou e-mail rena_heller@hotmail.com.

I. A pesquisa:

Esta pesquisa tem como objetivo investigar a implementação de propostas e ações de Políticas Públicas de Saúde Mental desenvolvidas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) de um município do interior do Paraná, como ressonância do entrelaçar dos movimentos reformistas na área da saúde brasileira – Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica – na busca pela estruturação do atendimento em saúde mental na atenção básica. Particularmente, interessamo-nos por conhecer as propostas e ações desenvolvidas pelos profissionais do NASF de um município do interior do Paraná, buscando compreender os determinantes sócio-históricos dessa inserção profissional nas atuais políticas públicas de saúde e desejamos refletir sobre as concepções de "saúde/doença", "cuidado" e "família" presentes nos discursos, propostas e encaminhamentos dos atores envolvidos com a equipe de NASF pesquisada.

II. Procedimentos:

Para tanto, serão realizadas entrevistas semiestruturadas. Cada entrevista pode durar em média uma hora e se o entrevistado julgar necessário, poderá interrompê-la a qualquer momento sem sofrer qualquer tipo de penalização. Essa entrevista será gravada em áudio.

III. Riscos/Desconfortos e Benefícios

Possíveis Riscos ou desconfortos serão evitados, mas caso aconteçam, todos os cuidados serão tomados para adequar o procedimento às suas necessidades, ou, interromper a pesquisa para atendê-lo. A pesquisadora oferecerá a ajuda no que for necessário, sendo responsável pelo seu acompanhamento e assistência. No decorrer da pesquisa, todos os procedimentos serão esclarecidos antes de serem realizados.

Os Benefícios esperados com essa pesquisa são: incrementar o debate em torno dos Movimentos Reformistas que ocorrem em nível nacional: Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária; Sistematizar a proposta do NASF como Política Pública de Saúde; Verificar a real possibilidade do NASF se constituir como um articulador das equipes de saúde na rede de cuidados; Proporcionar à equipe de NASF pesquisada material para análise e avaliação de seu próprio trabalho, contribuindo para a construção de uma política pública de saúde mais condizente com as necessidades da comunidade onde desenvolve suas ações.

IV. Liberdades/Garantias

Você possui total liberdade para recusar-se a participar desta pesquisa ou de retirar o seu consentimento, a qualquer momento, sem penalização ou prejuízo ao seu cuidado.

Você possui total liberdade de não responder às perguntas ou não participar de momentos que possam causar-lhe constrangimento de qualquer natureza.

V. Sigilo/Anonimato

A sua participação é sigilosa, ou seja, as informações prestadas são confidenciais e em hipótese alguma serão motivo de divulgação na mídia.

Garantimos o sigilo das informações coletadas e o seu anonimato. Respeitamos a sua privacidade, mantendo em segredo as suas informações pessoais no decorrer da pesquisa e após a conclusão desta.

VI. Despesas/indenização

Esta pesquisa não resultará em despesas ou ônus para você. No caso de eventual despesa ou dano, assumiremos a responsabilidade de ressarcimento e/ou indenização.

VII. Publicação

Informamos que o resultado final da pesquisa poderá ser publicado em revistas da área, colaborando, assim, na construção do conhecimento teórico-científico e na melhoria na viabilização de atendimentos/tratamentos/atuação na área desta pesquisa.

CONSENTIMENTO

Eu, _____, RG: _____, abaixo assinado, concordo em participar, como sujeito da pesquisa "O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e os (des)encontros da saúde mental com a família brasileira". Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora Renata Heller de Moura sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido, ainda, que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Declaro, ainda, que ( ) concordo / ( ) não concordo com a publicação dos resultados desta pesquisa, ciente da garantia quanto ao sigilo das minhas informações pessoais e ao meu anonimato.

Local e data: _____, ____ de _____ de _____.

_____

Assinatura

Eu, Renata Heller de Moura, pesquisadora responsável pelo estudo, obtive de forma voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do sujeito/representante legal para a participação na pesquisa.

_____

Assinatura da Pesquisadora: Renata Heller de Moura.

ANEXO B

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Formação:

- Forma como se organizam as ações de saúde no serviço. Qual a sua participação nessas ações? Dificuldades encontradas.
- O que você conhece sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)? Quais são, em sua opinião, as atribuições dos profissionais que compõe a equipe de NASF?
- O que você conhece sobre a Política de Saúde Mental? O NAFS e a Política de Saúde Mental estão relacionadas? Como?
- O que você conhece sobre o Movimento da Reforma Psiquiátrica e sobre o modelo de Atenção Psicossocial? Seu trabalho tem relação com esse movimento e com o modelo de Atenção Psicossocial / Quais relações?
- Modelo de trabalho – concepção do trabalho de equipe.
- Compreensão da atuação dos outros profissionais de Saúde Mental.
- Concepção de saúde/doença/tratamento.
- Concepção de família. Em sua opinião, as práticas desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família e NASF vão ao encontro da saúde mental da família brasileira? De que maneira?

ANEXO C

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

ENTREVISTAS COM GESTORES MUNICIPAIS

COORDENADENÇÃO MUNICIPAL DA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA – Gestor RAB
DATA: 20/03/2013
Pesquisadora: Aqui nós temos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual você pode ver uma breve exposição dos objetivos da pesquisa. Os procedimentos também estão aqui informados, garantido sigilo, liberdade para participar e garantindo que eu, a pesquisadora, estou à disposição para tomar providências mediante a eventual ocorrência de danos provocados pela pesquisa. Informo também que os resultados da pesquisa serão posteriormente publicados.
Gestor RAB: Uma cópia da tese será encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde?
Pesquisadora: Sim.
Gestor RAB: Esse material é de grande importância para a própria Secretaria Municipal de Saúde, pois, esta pesquisa estabelece um marco zero nessa situação, né... porque agora a gente tem toda essa construção de rede, que a gente tá tentando entrelaçar dentro do nosso território e tal... e é legal saber, porque daqui uns cinco ou seis anos, como é que tá? A gente tem um marco? Eu fiz um marco? A gente tem um marco zero em 2009, na verdade 2010. Em julho de 2010, a gente tem um marco zero que é quando o NASF começou em Maringá. Avançou? Avançou. Quanto avançou? Aí a gente deveria dar uma estudada, mas essa pesquisa nos ajuda, sendo um marco pra nós. Onde estávamos naquela época, né? E aí, registrado e pesquisa é melhor ainda.
Pesquisadora: E eu fico feliz em poder contribuir de alguma forma, já que esta secretaria está proporcionando e oportunizando a realização desta pesquisa.
Gestor RAB: Mas é função nossa também, isso tá dentro do nosso quadro de trabalho, porque nós somos geradores de informação e dados. É aqui que estão os dados. É nesta secretaria que estão os dados de saúde. É aqui que nós fechamos um pacto com o Estado, é aqui que fechamos pacto com o Ministério da Saúde, exatamente aqui, não é verdade? Então, essa é nossa função. É nossa função servir campo de estágio, com regras? Lógico que são com regras. Você teve que passar pelo CECAPS (Centro de Formação e Capacitação de Trabalhadores da Saúde - Secretaria Municipal de Saúde de Maringá), teve que agendar horário... mas se a gente não faz as regras, não dá para falar qualquer coisa para fulano de tal, mas quando você vem com uma pesquisa, onde tá tudo certinho, em que a gente tem que oferecer dados, é nossa função isso. Então, se a gente regulariza isso, nós temos que colaborar com essa situação, contribuindo com o processo de formação. Eu sou formada em enfermagem aqui pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). Formei-me em 1998. Faz 14 anos que sou formada. Sou pós-graduada aqui pela UEM também e eu não saí achando que o mundo era um mar de rosas. Por quê? Porque a gente foi à campo. Esse campo me mostrou a realidade, porque a gente tem aqui alguns profissionais que chegam aqui achando que vão sentar numa mesa como essa, numa sala tranquila como essa que tem o computar tela plana, o ramal específico e o ar condicionado. Só que aí, lá no edital para o concurso que ele fez, ele tem que ver que, primeiro, não é para ele sentar numa mesa, porque ele vai trabalhar em outra coisa; segundo, que esse trabalho é coletivo, aqui tudo é coletivo, tirando a consulta médica, mas que agora também já virou coletiva, porque a gente precisa de um profissional multi, multiprofissional, multidisciplinar, né? Então, é igual ao caso da sua pesquisa, vem aqui um profissional que quer

clinicar Freud, veja só! Na Atenção Básica tem momentos que vai ser necessário clinicar, obviamente. É por isso que eu preciso da clínica. Mas tem momentos coletivos, que você vai usar, sei lá, comportamental ou teoria jungiana. Vai depender do que eu preciso, pois é a necessidade territorial que me faz construir uma ação. É igual à questão de Saúde Mental. Se eu tenho um lugar que não tem ninguém com problemas de Saúde Mental, perfeito. Mas é mentira, né, porque pela regra, não foi feita busca ativa adequada. Mas eu vou ter que ter alguma coisa coletiva e tal. Então a formação é crucial! É por isso que algumas universidades já começaram a falar da coisa multidisciplinar, com tutoria... A gente precisa disso aqui na ação coletiva. Mas, desculpa, eu fui falando e nem deixei você perguntar as coisas. Pode começar a sua entrevista.

Pesquisadora: Bem, na verdade, não é uma entrevista fechada, mas uma entrevista semiestruturada. Então, para mim, ela já começou. Eu tenho aqui um roteiro, mas ele serve apenas de norte para nossa conversa. Vamos continuar do ponto que você estava tratando, da questão da mudança de uma atuação individual, para uma ação coletiva e da estruturação de trabalho em equipe. Isso é necessário até mesmo para estruturar melhor estas propostas que vieram sendo construídas pelos movimentos reformistas, como a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica, não é?

Gestor RAB: Exatamente, tudo é uma construção. E aí, tá certo que eu acho que essa é uma construção que deu muito certo, só que não avisaram os pacientes que estavam internados. Porque, onde foi feita essa construção e aí, igual Maringá, onde a gente teve esse apoio da gestão, tinha gente que não tinha para onde ir. Os que estão nas Residências Terapêuticas não tem vazão. Para você ter uma ideia, uma situação ímpar que aconteceu aqui, acho legal ficar registrado, não sei se você vai usar, foi a seguinte: uma das coordenadoras de um dos dispositivos de Saúde Mental, né... você sabe, temos o CISAM, o CAPSi, o CAPSad e cada um tem uma coordenação local. Então, uma das coordenadoras... nós estávamos em um evento de Secretarias de Saúde, no ano passado, lá em Maceió. Nós fomos lá apresentar toda a nossa estrutura e, então, fomos em um grupo de pessoas. O secretário levou um grupo de pessoas para apresentar toda a nossa estrutura, nesse evento. Era um Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Então, tinha mais de cinco ou seis mil pessoas. Um congresso muito grande, onde você aprende muito e também divulga muito o que a gente tá fazendo e aí, a gente se sente até um pouco melhor, porque a gente faz, faz, mas nunca aparece. Naquele momento lá, a coordenadora de um desses dispositivos de Saúde Mental pegou e falou assim: "Nossa, como a gente tá perto de Pernambuco, né?". Aí a gente falou: "Tá! Mas o que você quer com Pernambuco?". Ela respondeu: "Espera aí?" e pegou, acessou todas as informações, ligou para cá e pegou todas as informações de um morador do Hospital Psiquiátrico que era do interior de Pernambuco. Acessaram o *Google Maps* e isso, assim, em um lugarzinho pequeno que a gente estava lá apresentando nosso trabalho e ela do lado, com o *laptop*, pesquisando. Aí, catou o nosso motorista e perguntou se ele sabia chegar no lugar onde residia a família do morador do hospital psiquiátrico daqui de Maringá e aí, perguntou para o secretário de saúde se poderia ir até lá. Ele fez uma reunião rápida lá e a autorizou. Assim, ela foi atrás da família do morador daqui, menina! Para conversar com eles, para fazer convencimento, para explicar como ele estava. Ela contou que ele participava do Teatro dentro da instituição, ele estava todo familiarizado com o contexto cultural, mundial. Porque eles saiam da instituição para fazer apresentações, em vários lugares. Então, não era uma pessoa que estava acamada, que não conseguia se vestir, que estava só debaixo de medicação, sabe? Então, ele conseguia ter autonomia. Tanto é que ele foi para a Residência Terapêutica. E quem não tem todos esses hábitos, não vai para a residência, não mesmo? Residência exige autonomia, certo? Então, aí, ela foi atrás. Eu achei que foi uma ação literalmente humanizada. Precisava? Não. Eu vou dizer pra você: Não é nossa. Não tem como ir atrás. Você liga para a prefeitura do local, a prefeitura de lá te dá o número do

telefone da Secretaria de Saúde. A Secretaria de Saúde chama o profissional e assim vai indo. A gente também recebe esse tipo de solicitação aqui, recebe ligações: "Fulano, tem como achar aí...?". Quantas ligações eu já recebi? Mas ir lá... e passaram um apuro também, porque era época de São João... mas ela conseguiu entrar em contato com a família, com vizinho, deixou telefone, então fez todo o contato. O desfecho não foi muito bacana, como sempre. Porque é muito difícil esse relacionamento de quem é e tal... mas essa atitude dela, eu achei muito humanizada. Uma busca que, imagina, nem precisava disso tudo. Mas já que ela estava lá, né? E voltaram as três ou quatro horas da manhã, sabe? E isso é compromisso, né?!

Pesquisadora: E nisso que você apontou, você já começou a falar da questão da dimensão territorial com a qual temos que lidar, diante da qual, muitas vezes fica difícil implementar essas políticas todas, porque a gente tem que lidar com toda essa extensão territorial, quase continental, fazendo com que tenhamos tantas diferenças regionais.

Gestor RAB: Oh, se tem!

Pesquisadora: Então, eu gostaria de passar agora para a discussão de como se deu a implantação dessa proposta do NASF aqui em Maringá, com as características deste município.

Gestor RAB: A ideia do NASF foi assim, nós montamos uma comissão no início, essa comissão envolvia a Gerência de Promoção à Saúde, que aí tem tudo a ver com o NASF, envolvia a nossa Gerente de Assistência e assistência quer dizer todo o tipo de assistência em saúde, as linhas: saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso, saúde bucal, etc., aquelas linhas que o MS estabelece, né, como regras. Então, esta gerência acaba representando essas linhas todas. Tínhamos também representantes de algumas categorias profissionais, tínhamos representantes da Universidade Estadual de Maringá, pra ajudar a pensar essa construção, porque esta proposta surgiu da Portaria nº 154, em 2008, não foi? Então... e eu estava compondo essa comissão, na época, como representante da Atenção Básica. Veja só, eu vim trabalhar aqui há onze anos e eu era diretora de uma Unidade Básica de Saúde. Hoje estou na gestão central. Aí, em 2009, começamos essa estruturação do NASF em Maringá definindo a quantidade de equipes que seriam constituídas, à quais Unidades Básicas de Saúde seriam vinculadas essas equipes e quais seriam os profissionais que o irão compor esses núcleos. Basicamente, não entrando nos pormenores, seriam essas três perguntas. Então assim, quais seriam esses profissionais? A gente tinha na portaria, uma sugestão da Psicologia, devido justamente a esse enfrentamento com famílias, né, com toda essa situação de Saúde Mental. Então, decidimos rapidamente, pois o consenso foi geral, por colocar Psicólogos em todos os NASFs de Maringá. E aí, quantos NASFs? Bem, aí era fácil fazer as contas. De acordo com a Portaria e de acordo com o número de ESF, Maringá comporta sete NASFs. A gente atendeu todas as ESFs e ainda teve NASF que ficou só com nove ESFs, né, com oito, dez, porque a Portaria, até então, dava uma extensão um pouquinho maior do que a Portaria atual. Hoje não. Inclusive estou no processo de novo de territorialização, porque é um ciclo, né... a gente tem que viver isso todo momento. Então, até aí, foi fácil: sete NASFs e sete Psicólogos. Outra coisa que analisamos foi o fato de que a gente tinha, aqui em Maringá, uma dificuldade muito grande, nos grupos que são montados, de ter um educador físico. Sempre faltava um educador, pra fazer um alongamento... porque um alongamento até a gente faz, mas até quanto um idoso pode se alongar sem se machucar e até quanto eu posso alongar uma gestante? Então, era difícil ter esse profissional, por mais que a gente pedisse para as Universidades e solicitássemos para a Secretaria de Esportes (que já estava sobrecarregada, também). Elas cediam um, cediam dois... estavam sempre pronta a nos ajudar, mas eles tinham eventos para cobrir, etc. e tal... então, por consenso geral novamente, definimos por colocar também sete educadores físicos nos NASFs. Que é uma grande proposta do NASF, trazer esse educador físico para a Atenção Básica, para atenção à Saúde. Precisamos não só dos *Personal*

Trainers nas academias ou dos educadores físicos nas escolas. Mas, eles ainda são formados para isso... eles não sabem o que é Atenção Primária, o que é a PNAB (Política Nacional de Atenção Básica), não sabem nada. Melhor dizendo, eles me contam que na grade curricular deles, eles não estudam isso. Mas mesmo assim, foi consenso. Então, já tínhamos definido dois profissionais. Aí, passamos para a discussão do grande problema da obesidade em Maringá. Foi feito recentemente um estudo, juntamente com a Secretaria Municipal de Educação, uma investigação nas Escolas Municipais sobre a questão da obesidade. Até uns dez ou quinze anos atrás, a gente tinha que lidar com o problema da desnutrição. Aí tinha o leite do governo, o óleo, né... tinha aquela questão toda. Hoje, nós temos que lidar com o problema da obesidade. Quarenta por cento das nossas crianças são obesas. Então, qual foi a nossa proposta para o terceiro profissional? Nutricionista. Para atuar nas escolas, em conformidade com o Programa Saúde na Escola. E isso, a gente já faz desde que o NASF foi inserido aqui. E agora, estamos apenas oficializando o Programa Saúde na Escola em Maringá. Oficializamos hoje, agora, semana passada, junto ao governo. Então, os três primeiros profissionais foi muito fácil definir. Os demais, não que foi difícil, mas assim, quais que vamos chamar? Aí, precisamos também, em decorrência desses muitos grupos e do problema da muita medicalização, de Farmacêutico. Aí você pode me perguntar: "Mas não tinha Farmacêutico nas UBSs?". Não tem farmacêutico nas UBSs. Porque a dispensação é autorizada a ser repassada para um profissional técnico de enfermagem ou auxiliar de farmácia. Até, porque nós não temos a dispensação, em todos os lugares a dispensação de medicamentos controlados. Então, tá... foi definido mais um profissional: o Farmacêutico. O Assistente Social nós já tínhamos em alguns pontos, mas não era em todas as UBSs. E aí, de acordo com as organizações, o Assistente Social dá o engajamento para as ações comunitárias, consegue fazer a ponte com as ações de SASC (Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania), perpetuando a atuação junto à Secretaria de Assistência, Secretaria de Educação, Secretaria de Esporte. Ele abre esse leque. Então, o Assistente Social foi definido também. O Fonoaudiólogo foi o outro. Tínhamos uma carência de Fonoaudiólogo na rede. Essa percepção levou a gente a definir por esse profissional também. E definimos ter também o Terapeuta Ocupacional (T.O.), o que foi uma experiência novíssima. Nós já havíamos chamado esses profissionais para os CAPS e foi ótimo. Então, a gente colocou também nos NASFs e Fisioterapeutas. Só que assim, os T.O.s e os Fisioterapeutas, vamos falar de conselho de classe, eles não podem ser contratados por quarenta horas. Eles são profissionais de vinte horas. Então, teria que contratar dois profissionais de vinte horas para dar quarenta horas. Porque na última portaria, a gente tinha uma colocação de que podíamos ter até 05 profissionais com quarenta horas cada um, dando duzentas horas. Estava estabelecido isso rígido. Para que eu pudesse ter esse profissional de vinte horas, eu teria que ter dois por um. Com a portaria atual isso já muda. Hoje, com a Portaria nº 2488, a gente precisa observar apenas a soma de horas dos profissionais das equipes. Não importa a quem você coloca na equipe, o que precisa observar é que o profissional não pode ter mais de 80 (oitenta) horas de trabalho semanal, nem menos de 20 (vinte) horas. Mas, você pode colocar só um profissional de uma categoria que estabelece que ele trabalhe só 20 (vinte) horas semanais. Isso abril brecha para a luta dos profissionais que pleiteavam redução para 30 (trinta) horas. É o caso dos psicólogos. E isso, dificultou o meu trabalho. Eu quero deixar isso registrado. (Risos). Por quê? Eu não estou fingindo da pergunta. Você perguntou pra mim, como o NASF se construiu em Maringá? Então, eu estou mostrando que ele se construiu de um jeito e hoje já tá de outro jeito. Como eu posso explicar? Este programa é um apoio à Estratégia Saúde da Família (ESF). Se a ESF tá lá, enrijecida em suas 40 (quarenta) horas de trabalho, por que é que tem que ser autorizada essas 30 (trinta) horas? Não sou contra a luta por redução de carga horária das diferentes categorias profissionais. Mas, teria que ter uma forma de regularizar isso e permanecer as 40 (quarenta), para a gente não estragar esse vínculo todo, esse matriciamento que

está sendo feito. Mas, então, foi construído assim, incialmente cada NASF contava com 05 profissionais diferentes e nas equipes onde havia Fisioterapeutas e T.O.s, havia 06 profissionais (sendo dois de vinte horas). Aí foi realizado o concurso público para contratação de profissionais Celetistas. Não definimos por colocar médicos, porque a rede já comportava, na equipe tradicional de Unidade Básica, o Clínico Geral, o Ginecologista, o Pediatra e nas Equipes de Saúde da Família a gente já tinha Médicos Homeopatas em duas equipes. A diferença aí que tem no NASF é a possibilidade de contratar Médico Acumputurista, mas não há uma demanda muito grande disso na nossa rede. Não temos também a demanda de Médico Veterinário até porque a gente tem a Zoonose separada, com a Vigilância em Saúde e todo o trabalho da Vigilância Ambiental. Então, essa necessidade não tinha. Então, estas categorias foram fechadas. Perfeito. Ao fechar essas categorias, aí vem o terceiro ponto a ser definido: para onde esses núcleos vão? Onde eles vão ficar? Primeiro, que não é uma ou duas pessoas, eram de cinco a seis pessoas. Agora são sete pessoas, porque em alguns lugares eu tive que contratar mais um profissional, por causa da redução da jornada de trabalho de algumas categorias profissionais para 30 (trinta) horas. E aí, eu estou com um problema em duas equipes de NASF ainda aqui em Maringá, por causa disso. Tá faltando 10 (dez) horas de jornada semanal em duas equipes. Aí, eu tô buscando resolver isso com o pagamento de horas-extras para o profissional. É mais fácil eu pagar hora-extra, do que contratar mais um profissional para fazer essa jornada de 10 (dez) horas e 10 (dez) horas ali. Pagando hora-extra, o Ministério aceita, o Cnes aceita e eu acho melhor, porque eu não perco o vínculo que o profissional já tem com a equipe e evito todos os gastos com um registro de contratação que pode ser evitado. Então, o que aa gente fez nessa primeira leva? Onde vai ficar essa nova equipe de profissionais. Maringá já tinha um território relativamente organizado, subdividido em cinco regionais que contemplam Unidade de Saúde muito grandes, que na década de 1980, foram construídas para ser minis P.A.s (Pronto Atendimentos). A UBS 02 é um exemplo disso. Não tem três blocos? Então, o primeiro, lá de cima, tinha uma sala de raio-x, você pode ver que a parede é mais grossa e não tem janela. Então, lá funcionava um mini P.A. Mas, aí, com a nova Política de Atenção Básica, que foi sendo modificada no final de 1980 e em 1990 foi mais fortificada, e agora, tomou uma grande força, graças a Deus, nessa gestão que nós temos federalmente, incentivando, adequando, construindo essa política, então, a Atenção Básica, graças a Deus tomou a rédea, né, passando a se ordenadora e reorientadora do processo. Mas antes não era, você tinha que atender, atender, atender... Então, aquelas Unidades eram grandes e diferentes das outras, dá para você reparar. Como a gente precisava de espaço físico para acomodar essas equipes, basicamente, elas ficaram nas grandes unidades. E aí como a gente só tinha cinco dessas unidades grandes e nós propomos a implementação de sete NASFs, escolhemos mais duas UBSs para eles ficarem e aí ficou fácil concluir a territorialização. Porque já havia essa subdivisão de regionais, e cada regional fazia referência para um grupo de unidades ali de seu território adstrito. E, por fim, a gente só teve o trabalho de contar as ESFs de cada uma dessas regionais para saber quantas delas cada NASF estaria vinculado. É claro, que em uma ou outra deu erro, por exemplo, você tinha uma unidade que tinha uma determinada regional como referência, mas acabou ficando vinculada a uma equipe de NASF de outra regional, porque dava um número menor ou maior de ESF que o NASF poderia estar vinculado. Por exemplo, NASF que você está pesquisando. Este NASF está matriciando as ESFs da UBS 01. Mas a UBS1 pegava outra regional. Então, foi só algumas coisas que a gente teve que adequar. Mas não foi tão trabalhoso assim. Porque já tinha uma coisa pré-estabelecida.

Pesquisadora: E como você percebe o antes e o depois da implantação do NASF no desenvolvimento das ações e programas da Atenção Básica?

Gestor RAB: Olha, aí eu vou retomar pra você, porque quando você estudou isso, você deve ter estudado o PSF (Programa Saúde da Família). Porque, se o NASF é um apoio a Saúde da Família,

você deve ter retomado esse ponto. E aí, PSF a gente vê que começa em 1994, aqui já tem há uns dez anos, alguma coisa assim, mais de dez anos... uns quinze anos deve ter o PSF aqui. E quando a Estratégia Saúde da Família entrou a gente tinha aquela equipe tradicional de UBS; a auxiliar de enfermagem, a enfermeira, o médico... esse pessoal estava lá. Até hoje a gente tem conflitos. Não sei se você percebe isso? E ainda veio o PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica), que ajudou a acirrar um pouco isso, mas Maringá já está bolando uma estratégia para resolver isso, São estratégias de Maringá, que a gente chama. Vamos resolver isso. Eu tenho fé. Porque tudo que é para incentivar a Atenção Básica, tem que ter uma melhora. Mas eu digo assim, esse enfrentamento foi nítido e é nítido até hoje. Um profissional diz pro outro: "Ah, a tua paciente..."; "Eu só fico aqui, eu não vou lá na casa..."; pra você fazer um auxiliar da equipe tradicional ir à campo... jamais você vai à campo, ela fica lá, enraizada, porque faz parte do processo de trabalho dela e ninguém mudou esse processo. Bom, esse conflito eterno ainda existe, tá. Agora, você coloca uma terceira equipe que vai organizar toda essa situação, vai apoiar a ESF, vai fazer, vai acontecer, vai mudar... imagina! Isso criou um conflito também. Porque os brios de cada equipe, de cada funcionário, foram atingidos. "Ah, então, vocês é que vão fazer toda a diferença?". Isso foi muito difícil e eu, conversando com lugares, aí, tive a oportunidade de conhecer outras cidades, até do nordeste, e tal, eu acho que isso existiu do Oiapoque ao Chuí. Porque você coloca uma terceira equipe ali. Claro, ela passou por um treinamento, a gente falou o que a gente queria, a portaria foi lida, as diretrizes foram estudadas, a gente fez oficinas, tudo foi feito. Esse processo eu não acompanhei, porque eu estava de licença maternidade. Então no processo de construção e no processo de concurso público eu estava. No chamamento dos profissionais, no pessoal chegando e no treinamento, eu estava de licença maternidade. Na hora que eu voltei, eu já os recebi lá na ponta. Eu voltei para a direção da UBS que eu estava e eu acabei recebendo eles lá na ponta. Então, já foi um processo que eu não participei. Mas, hoje, estando também na gestão, eu percebo que no começo, a implantação foi trucada, como a do PSF, está truncada ainda em alguns lugares. Outros lugares, como neste do NASF que você está pesquisando, eles conseguiram deslanchar... e aí vai do perfil do profissional, né... aí a gente tem aí, o perfil do profissional que tá no NASF, né, o entendimento que ele tem a respeito do processo de trabalho dele, o perfil da gestão local, o que esta gestão deixa você fazer, o que deixa você produzir, né. A gente tem esse perfil e perfil diferenciados, porque não é só enfermeiros que são diretores da UBS, tem administradores, tem advogados, tem pessoal do Serviço Social, a gente tem gente que não tem formação em nível superior, a gente tem do todo tipo. Então, também depende do perfil da gestão local e principalmente, depende do perfil da ESF. Porque se você ignora a presença do NASF, aí não tem como você apoiar quem te ignora. Tenho isso? Claro que eu tenho isso! Claro que eu tenho, porque eu tenho gente que não quer ajuda. Que não precisa de apoio. Ou que acha que ele vai conduzir tudo. Que ele vai atender, que ele vai conduzir. Mas, você não explicou? Explicamos. Nós fizemos oficina com as ESFs. Eles fizeram oficinas mostrando quem são eles, para que eles servem, fizeram também... porque isso foi todo o primeiro ano e segundo ano do serviço. Nós fizemos tudo. Desenvolveram ações maravilhosas, foram apoio de muitas coisas. Só que eu tenho, assim, sete NASFs. Eu tenho aí uns quatro que deslancham maravilhosamente bem, um que vem capengando, um ruim e um mais ou menos. É essa a minha grande visão. Agora, esse que tá bem ruim, aí, capengando, eu vou dizer o que aconteceu: eles foram embora, porque passaram em outros concursos. Então, de cinco, ficou um. E aí, os novatos, dois deles não ficaram novamente e já foram renovados duas vezes. Despois de três meses, já houve mudança, sabe? Então, assim, a rotatividade profissional, isso também é muito frequente, é muito grande. E tinha um NASF que era muito bom, veio gente nova, continuou bom. Por quê? Porque não perdeu o fluxo. E não depende só do grupo do NASF, mas da ESF, que tá nesse mesmo lugar. Porque tem

que ter uma junção dessas duas coisas. O NASF pode ser ótimo. E o que é um NASF ótimo? É um NASF que sabe porque veio, para o que fez o concurso público, que tem um entendimento de matriciamento, um entendimento de que ele também precisa fazer visita domiciliar, quando necessário, um acompanhamento de um paciente que precisa de assistência multiprofissional, que ensina o médico, que ensina a ACS (Agente Comunitária de Saúde), que ensina o cuidador do idoso lá em casa, né? Este NASF que tem todo esse entendimento e essa flexibilidade, porque o NASF tem que ser flexível. Porque, se ele tiver que pegar na mão do ACS, para ensiná-lo a fazer uma visita domiciliar, ou do administrativo ali, de que ele procede no agendamento de consultas, eu acredito que ele tem que matriciar isso, o que é a necessidade da Saúde da Família. Então, tem muitos olhares. Mas, não é dito isso na portaria? Eu li as diretrizes e não fala mesmo. Mas em todo esse percurso que a gente tá aqui na gestão, tudo o que fala de NASF remete ao apoio às necessidades da ESF. E muitas vezes, não há uma necessidade de apoio em Saúde Mental, naquele momento, mas de organização de agenda, de organização de reunião de grupos para fazer estudo de caso e tal. E aí, vai nascer à necessidade da busca. Então, se esse NASF é desse jeito e a ESF sabe que precisa dele, o trabalho se constrói. Constrói-se. Isso é uma coisa que é gradativa. Mas, agora, se a gente tem uma ESF que não percebe essa necessidade e acha que "sol sozinho faz verão" e um NASF que acaba não sendo comprometido com o serviço, não entende esse serviço, ou tem uma alta rotatividade... essa alta rotatividade não é culpa deles, pois se estamos em uma equipe que esta eu, você e mais três e os três saem, só eu e você ficamos, é nossa culpa? Não, não nossa culpa! Cada um procura o seu melhor. Eles vão embora mesmo. Ele vai identificando... "Nossa, eu nasci pra isso!". "Não, eu não nasci pra isso!". Igual, eu tinha um Psicólogo, formado na UEM e a UEM, antigamente, formava muito clínico, né? E, aí ele tinha mestrado em clínica! Nossa, coitado, ele fazia o que ele podia, mas ele não tinha o perfil. Então, na primeira vazão, ele foi embora. Ele era ótimo, ótimo, ótimo, mas eu acho que doía nele não conseguir ir além daquele pensamento dele. Ele falava assim: "Eu não consigo pensar assim do jeito que vocês pensam", porque ele era enraizado na clínica. Você precisa ver que engraçado. Mas, não é... É assim: eu não estou pronto para aquilo. Eu recebi uma Nutricionista também totalmente clínica, que dizia: "Nossa, eu não na casa do paciente, porque é muito sujo lá". Daí mandou ela para conversar comigo. Eu falei: "Colega de Deus, vamos retomar! Vamos retomar literatura, vamos retomar o que é o NASF e eu preciso de você. Preciso que você faça o acompanhamento de dieta parenteral para paciente acamado, você precisa ajudar essa família a fazer isso em casa, porque faz parte do matriciamento e eu preciso matriciar essa família, para que esse cara não fique desnutrido e não volte para o hospital. Este é o apoio mais clínico que eu tenho para te dar". Não é verdade? E no máximo uma dieta para uma família obesa que ela vai na casa, vai vistoriar a geladeira, né? Essas coisas. Mas e aí, o que eu faço? Então eu disse a ela: "É isso que eu tenho para te oferecer? O que você pode me oferecer?". E fui construindo isso com ela. Ela ficou no NASF e tá comigo numa boa, menina! E essa conversa com ela foi no dia da avaliação profissional dela. Eu falei para ela que teria que fazer uma avaliação negativa dela. Porque eu sou assim. Hoje eu estou sentada aqui. Mas amanhã, eu posso estar lá na faculdade contigo. E, eu não posso pensar diferente, porque eu tenho uma diretriz para seguir, não tenho? E aí eu preciso mostrar para ela, que ela precisa seguir isso, porque quem fez o concurso foi ela. E eu? Eu fiz o concurso para enfermeira e eu já fui engenheira, porque já construí duas UBS. E o cara da obra falou assim para mim: "Você não sabia que tinha que quebrar aqui?". Eu respondi para ele: "Espera aí que eu vou buscar meu diploma, começa com 'e', mas não é de engenheira, não, é de enfermeira, por isso, eu não sabia que tinha que quebrar aqui!". (Risos). Como é que eu saberia que tinha que quebrar ali. Mas, aqui, a gente é engenheira, antigamente já foi muito assistente social, porque agora, graças a Deus, tem. Então, a gente já foi muitas vezes, outros profissionais, mas onde é que eu tô? Eu fiz concurso público para ser enfermeira, mas perpassei

por vários lugares aqui dentro. E ela fez o concurso para nutricionista de NASF. Eu não posso tirar ela de lá e colocar no hospital. Não posso tirar ela de lá e colocá-la na educação. Eu não posso. Aí fui explicando, explicando, aí deu certo. Mas assim, houve uma evolução. Voltando à sua pergunta, porque eu sou muito de fingir das perguntas... mas é que um assunto puxa outro e aí eu devo estar respondendo outras questões que você queria fazer, né? Então, houve essa evolução. Só que a gente galga mais, né? A gente quer muito mais. A gente tem a perspectiva do ideal, do maravilhoso, do que todo mundo aceita o NASF, que todo muito fale assim: "Nossa que legal!". Eu tenho gente que fala assim: "Nossa Senhora, eles não fazem nada!". E ao mesmo tempo, eu tenho ESF que diz: "Eu não sei viver sem eles!". Então, eu tenho os dois extremos. Agora, eu não tenho uma coordenação só para o NASF. Eu não tenho uma coordenação só disso. Então, ele perde um pouco nisso.

Pesquisadora: Na coordenação que você assume você não é só coordenadora do NASF?

Gestor RAB: Não! É ESF, NASF, Atenção Básica. Aí a gente participa também dos Comitês de Saúde do Programa Mãe maringaense, por quê? Porque tá dentro da Atenção Básica. A gente também atua junto ao APSUS. Você ficou sabendo que teve um treinamento, esses dias, que envolveu a capacitação e a qualificação de toda a equipe da Atenção Básica, entrando tanto a ESF, quanto a equipe tradicional. Nós fizemos uma exposição para 900 profissionais. Então, você parece um polvo, você tem as suas mãos em vários lugares. No organograma da Secretaria Municipal de Saúde, a gente tem assim, o Secretário Municipal de Saúde, aí vem a Diretora de Assistência, um Diretor Geral, que fica responsável pela parte administrativa (questão de Recursos Humanos, essas coisas assim). Aí nós temos as Direções de Hospitais e tal. Temos a Direção de Vigilância em Saúde, que fica ligada a Epidemiologia, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental, Controle de Zoonose e a Promoção à Saúde ficam ligadas a ela também. Já a Gerência de Assistência em Saúde fica ligada a coordenação de Atenção Básica, que no caso sou eu, a coordenação de Saúde Mental e as demais coordenações das grandes linhas, como saúde da mulher, do idoso, da criança e assim, por diante.

Pesquisadora: Eu gostaria de tocar em um ponto que você mencionou há um pouco tempo atrás, que foi a questão da grande rotatividade de profissionais que acabou acontecendo em algumas equipes de NASF. Você mencionou que o profissional não fica porque ele vai percebendo que ele não tinha muito o perfil para isso e sai em busca de algo melhor para si. Mas, você não acha que a maneira como é o concurso realizado ou o tipo de vínculo empregatício, que é por CLT e não por um vínculo estatutário, que esses fatores não acabam contribuindo para essa rotatividade?

Gestor RAB: Não. Eu acho que não, sabe por quê? Porque o que falta mesmo é um Plano de Carreira. Não importa se você passou em um concurso, se você não tem um bom plano para esse profissional ir avançando, ir crescendo, sabe? Ele acaba passando em outro concurso e saindo em busca de algo melhor. Então, precisa de um plano mesmo. E quanto ao concurso poder selecionar melhor o perfil do candidato, eu acho que isso não é possível. Pode ser o concurso que for, aquele mais perfeito, o mais rígido, aquele que todo mundo quer passar, sabe? Então, vai ter gente que vai passar e não vai ter nada a ver com aquilo. Então, não tem jeito. Hoje é assim, você faz um curso de psicologia e vai lá tentar passar em um concurso para contábeis. Quanta gente não quer entrar em um concurso de Tribunal, né? Então eu acho isso.

Pesquisadora: Certo. Como nós já avançamos bastante no tempo reservado para a entrevista, eu vou te fazer uma última questão. No que diz respeito à Saúde Mental, né... existe uma Política de Saúde Mental em andamento. Como você pensa que o NASF pode contribuir para a construção de ações e de proposta para proporcionar assistência em Saúde Mental?

Gestor RAB: Bem, aí eu acho que temos aí dois elos... na verdade, até três. Uma que é decorrente da ação dos profissionais do NASF com os outros profissionais da UBS, pois estes não estão

habilitados para lidar com o problema de Saúde Mental da população. Eu falo que a linha que mais dá medo em qualquer profissional de saúde é a linha da Saúde Mental. Você sabe que é bem tênue, né? Os médicos não querem medicar, os auxiliares têm receio... as enfermeiras são as únicas que peitam, mas peitam, porque um escorrega pra cá, o outro pra lá e aí sobra para ela. Então tem essa questão do profissional. Tem a questão da família, não verdade? A gente precisa dar um apoio a essa família e aí, eu acho que o NASF tem agir nessa ala, sim. E tem a questão da própria constituição do NASF, que foi feito justamente para isso. Por que nós colocamos uma Psicóloga, um Psicólogo no NASF? E tem essa sugestão na portaria. Então, é meio que uma obrigação. Foi colocado justamente para isso. Então, não tem que querer desenvolver alguma ação de Saúde Mental. Essa é uma política que tem que estar inserida já. Aqui em Maringá, o que a gente faz? A gente tem o matriciamento tanto do NASF, como do CAPSad, e agora, graças a Deus, recentemente, temos também o matriciamento do CAPSi, a gente tenta marcar e hoje eu acabei de liberar os vales transportes para os ACSs irem até o CAPSi, irem até o CAPSad, conhecerem a ação, a atividade que eles desenvolvem lá. Como que faz? Onde que eu encaminho? Por que eu encaminho? Entenderem coisas bem práticas mesmo, né? Então, Renata, o que é o Matriciamento? Antigamente quem fazia isso era só NASF. Aí quando entrou uma nova coordenadora de Saúde Mental, ela falou: "Não, nós vamos assumir, porque o CAPS também é matriciamento. É atendimento, mas também é matriciamento. E nada melhor do que a gente matriciar quem? A Atenção Básica". Aí, eles fazem esse matriciamento também. E aí, os NASFs foram os primeiros que passaram por eles. Então, assim, o matriciamento tem que ser em serviço, esse apoio de rede tem que tá em serviço. Se esse paciente voltou do Hospital Psiquiátrico, entrou pela Emergência Psiquiátrica ou por alguma situação não conseguiu ficar só na Emergência no tempo previsto e foi para o Hospital Psiquiátrico que a gente tem (que é da macrorregião do Estado; a nossa Emergência também não é só de Maringá, é da 15ª Regional de Saúde), então nós somos Polo. Isso é o que piora a nossa situação. Nós não somos uma cidadezinha que só coordena a nossa Atenção Básica e pronto. Não! Nós somos Polo. Então, a gente atende população de até 20 (duzentos) quilômetros de distância daqui. Por que eu tô falando isso? Nós não vamos atender esse paciente na Atenção Básica. Mas, se ele ficar hospedado aqui na casa de um parente ele pode ir parar lá na UBS. E isso acontece de monte. Eu estou com o caso de uma gestante que é lá do Mato Grosso quase parindo aqui. E ela me disse: "Eu preciso de um carimbinho aqui". Eu disse: "Não, você precisa de toda assistência e não só de um carimbinho". (Risos). Então, essa é a nossa dificuldade me ser Polo. E na Saúde Mental acontece a mesma coisa. Então, a gente pensa que o NASF pode ajudar com isso: atendimento às famílias, atendimento aos egressos de hospital psiquiátrico e atendimento às necessidades da ESF para acompanhar esse paciente. Acho que é assim que o NASF pode contribuir nestas três frentes de ação. Acho que é isso.

COORDENADENÇÃO MUNICIPAL DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – Gestor RAPS

DATA: 08/05/2013

Pesquisadora: A gente tem aqui um roteiro, mas não necessariamente a gente tem que segui-lo exatamente como está apresentado aqui. Trata-se de uma entrevista semiestruturada, portanto, podemos ir conversando sobre os assuntos aqui apresentados. Eu gostaria que você começasse falando da sua formação. Qual é a sua formação e há quanto tempo você está formada?

Gestor RAPS: Eu me formei em 1999, em Psicologia, pela UEM (Universidade Estadual de Maringá)... É... iniciei em 2002 na CAPSEMA, antiga CAPSEMA, que era a caixa de assistência

e aposentadoria dos servidores públicos de Maringá. Fiquei lá por cinco anos e aí a CAPSEMA se extinguiu, né... então, lá eu atendia, na parte clínica, os servidores e seus dependentes, né, da prefeitura, mas em 2007, esse serviço se extinguiu. Aí, eu iniciei no CAPSad, como Psicóloga Clínica também, com atendimento... Você conhece o CAPSad? **[Sim].** Então, fiquei até 2011 no CAPSad, quando a então Coordenadora de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde saiu de licença maternidade e foi aí que eu vim fazer cobertura da licença dela. Nesse decorrer, em 2011, foi inaugurado o CAPSi. Então, aí, ao invés daquela profissional retornar para a Coordenação dos serviços, nós tínhamos a necessidade de uma coordenação no CAPSi. Então, eu permaneci aqui e ela foi para a coordenação do CAPSi. Estou na Coordenação de Saúde Mental, aqui nesta secretaria, desde 2011, cobrindo a licença e, a partir de 2012, oficialmente como coordenadora.

Pesquisadora: Como você vê a Rede de Atenção Psicossocial atualmente aqui em Maringá? Ela existe? Quais são os dispositivos existentes?

Gestor RAPS: Olha, Renata, a gente sempre discute isso, assim... não só entre nós, mas fora do município, que Maringá está à frente de alguns municípios, no sentido de ter Psicólogos em todas as Unidades Básicas de Saúde, né... prestando o atendimento, não só com os matriciamentos, mas prestando o atendimento na Atenção Básica. Desde 2002, existe o CAPSad, é... o CISAM, que é o ambulatório de psiquiatria, desde 1994, né... Os outros CAPS, como o CAPSi, recentemente inaugurado, que veio complementar. O fato de termos uma Emergência Psiquiátrica também a gente vê que não é comum da gente ver na maioria dos municípios, né... Assim, a dificuldade que a gente sente é de ter leitos em Hospitais Gerais, mas a gente entende que são dificuldades em todas as áreas, ter leitos é uma dificuldade em qualquer área, né, e na Saúde Mental, muito mais. Porque demanda uma equipe específica, um local específico, adequado, né... uma abordagem específica e aí é onde a gente e acaba tendo que ainda contar com leitos no Hospital Psiquiátrico, ao invés de ter o leito em Hospital Geral. O que para nós, enquanto psicólogos, a gente gostaria de ver modificado, né... de ter outras opções de tratamento. Mas pensando na Rede de Atenção Psicossocial, a gente felizmente conta com vários dispositivos, né... E agora, com essa nova Portaria nº 3088, né, a gente vê que, pra nós, o próximo objetivo seria criar, aqui em Maringá, a Unidade de Acolhimento Transitório, pra fechar a nossa rede, completar a nossa rede. Nós temos os CAPS, temos a Atenção Básica, nós temos o Consultório na Rua, temos leitos na Comunidade Terapêutica, que são 20 vagas. Então, pra fechar mesmo, faltaria a Unidade de Acolhimento Transitório, que é o próximo passo, que a gente vai trabalhar este ano e o próximo para conseguir implantar até o final de 2014. Esta é nossa proposta.

Pesquisadora: E você tocou aí, em sua fala, até na história, né, dos dispositivos, falando do CISAM (implantado em 1994), do CAPSad (de 2002), do CAPSi (de 2011), mas e o CAPS II, denominado aqui em Maringá de CAPS Canção?

Gestor RAPS: O CAPS Canção existe desde 2003, se eu não me engano, mas também, assim, é um equipamento que já tem há bastante tempo. Então, assim, é... temos os equipamentos. Talvez, o que a gente sinta que falta a gente melhorar seja essa articulação realmente, não só intrasetorial, mas intersetorialmente também, né... os nossos serviços, com as outras Secretarias. E muitas vezes, os nossos serviços, entre nós mesmos, né entre os CAPS... mas eu sinto que, assim, a cada dia a gente vai evoluindo para isso.

Pesquisadora: Existem protocolos de referência e contra referência? Ou melhor, o que existe para proporcionar troca de informações entre os equipamentos da rede já implantados?

Gestor RAPS: Existe o protocolo de Referência e Contra Referência da Emergência Psiquiátrica para a Rede de Atenção Básica e do Hospital Psiquiátrico também. E o que a gente tá tentando implantar mais efetivamente é a questão do matriciamento mesmo... dos CAPS saindo para o território, aí, levando as informações e participando desse atendimento lá no território, né, porque

embora tenhamos esses dispositivos, eles estão localizados em pontos específicos da cidade e então, o município é grande, é uma área grande... então a gente precisa tá circulando aí.

Pesquisadora: Nestas experiências de matriciamento, que dispositivos vocês já têm incluído? O NASF tem participado?

Gestor RAPS: Sim, até porque, como eu disse, o município é grande e os equipamentos são únicos: o CAPSad é um só, o CAPSi é um só, então, a gente precisa desses profissionais para ajudar a chegar até lá na ponta mesmo e abranger todos os pontos da cidade. Então, sei que o NASF participa, mas assim... eu vou falar pra você, saber como é que tá organizado em cada serviço a questão do matriciamento de cada CAPS, com cada NASF e UBS, eu não vou saber. Mas eles fazem esse matriciamento. E por exemplo, sei que o próprio NASF que você está pesquisando já organizou matriciamento de capacitação em Saúde Mental com suas equipes de referência... então, eles têm essa organização, que é própria, cada CAPS tem sua autonomia, tem seu diretor, tem sua chefia lá organizando o serviço, então, sei que eles que fazem isso. [**Eles que organizam a rotina de matriciamento? Não é a coordenação que estabelece o modo como vai ser?]** Não, até porque, assim, cada serviço, como eu disse, tem a sua coordenação técnica, então, não é só coordenador administrativo. Tem a coordenação técnica, ou é Enfermeiro, ou é Psicólogo, né, da área de Saúde Mental, então, ele tem essa função, de organizar junto com a equipe o trabalho que eles vão desenvolver. E aqui, eu fico mais voltada mais para a questão das Políticas, né, que são implementadas e tentando essa articulação entre a rede também, não só intra, mas Inter setorial e dando um olhar mais para a Atenção Básica também que tem um Psicólogo em cada Unidade.

Pesquisadora: Vocês têm utilizado alguma ferramenta, algum instrumento para levantamento de indicadores de Saúde Mental no município?

Gestor RAPS: Não, nós estamos tentando fazer a estratificação de Saúde Mental... a estratificação de risco, mas ainda tá bem no comecinho. Nós temos esse controle das altas do Hospital Psiquiátrico, mas ainda não tem um instrumento para os indicadores não. A não ser a Ficha A, que é utilizada pelas ESF, que tem a parte específica da Saúde Mental, mas é muita limitada também. É muito pouca informação que a gente consegue obter por essa ficha. É uma ficha utilizada pela ESF que tem toda história dessa família, do usuário e tem uma parte que fala sobre a Saúde Mental. Mas é bem limitado. E não é um instrumento nosso, é do Ministério da Saúde. **[Então, hoje, assim, não tem como reconhecer em termos de quantidade quais são as ações de Saúde Mental desenvolvidas no município? Quantas pessoas estão em atendimento?]** Cada serviço tem o seu controle, o seu registro. Como eu trabalhei no CAPSad, lá dentro nós temos o relatório circunstanciado, que é utilizado junto com os demais serviços, não só da Secretaria de Saúde, mas do município como um todo que presta atendimento ao usuário de droga. Então, as Comunidades Terapêuticas, o Hospital Psiquiátrico, a própria SASC. Então, nesse relatório, a gente tem essas informações: quantos são?, onde estão?, que tipo de substância utiliza?, quais os tratamentos que já recebeu?, né... mas isso no relatório circunstanciado do CAPSad... isso eu posso dizer, porque eu estava lá, trabalhei lá e conheço como funciona. Agora, do CAPSi, eles têm o deles, o CAPS II tem o deles, o CISAM também, mas eu não domino pra te informar como que funciona isso. [**Ah, sim! Não é só pra saber se teria algum modo de perceber quantitativamente os dados de Saúde Mental, para quem sabe poder utilizá-los para pensar o impacto das ações do NASF sobre esses indicadores].** Não, do município integral assim, não tem.

Pesquisadora: Bem, você já mencionou a participação do NASF na Rede de Atenção Psicossocial, por exemplo, quando você falou do matriciamento. Teriam outras ações, propostas, que o NASF desenvolve que acabam tocando na Rede de Atenção Psicossocial?

Gestor RAPS: Olha, Renata, o que eu entendo que é o NASF ele tá ali em contato direto com a equipe e que isso acaba certamente colaborando para o atendimento do Psicólogo, pro

atendimento... para os encaminhamentos que são feitos pra rede... podendo junto com a ESF identificar aqueles casos que seriam de referência do CAPSi, que seriam de referência do CAPSad, né... Acho que essa condição do NASF de estar com a ESF e a ESF que realmente conhece essa população, né, que tá ali diariamente sabendo da situação, sabendo do que se passa, né... então, acho que essa oportunidade do NASF é única. Então, com certeza, colabora para a questão do atendimento da rede nesse sentido: de poder reconhecer e de poder não diretamente atuar e fazer a intervenção junto a essa pessoa que necessita de um atendimento que não necessariamente vai ser feito numa UBS, mas que de repente vai ser feito em um CAPS, pode ser feito até mesmo na Comunidade Terapêutica, né, enfim, nesses equipamentos aí que a gente tem.

Pesquisadora: Você falou também da questão Inter setorial, né, que hoje a coordenação acaba trabalhando muito nisso. Você poderia citar algumas ações Inter setoriais que já estão sendo desenvolvidas?

Gestor RAPS: Uma ação que é bem... que a gente gosta bastante de falar e que a gente tá vendo que tá dando resultado é a questão da Rede de Violência. Não sei se você já ouviu falar. **[Já].** Todos os profissionais devem estar falando, porque assim, tá brilhando os olhos da gente, assim... Começou lentamente e agora, a gente tá vendo assim, por que é bacana? Porque você vê que não é só mais uma reunião pra tirar o profissional lá da ponta... não, é realmente para que ele possa, é... efetivar as ações não mais tendo só ele como responsável. Não é só o profissional de Saúde que é responsável por aquela criança que tá lá, que foi vítima de um abuso, de uma violência, né... ele tem os outros equipamentos ali presentes, da Assistência Social, as Promotorias, né... Conselho Tutelar. Então, assim, a rede de violência é uma coisa que tem surtido bastante efeito, porque tem realmente ajudado na prática. E o mais importante é que os profissionais acabam se conhecendo e isso facilita. Parece que é diferente, né, quando você não sabe com quem você tá falando e quando você já sabe... Então, a Rede de Violência seria uma ação. Outra questão que a gente tem, Renata, é o Comitê Inter secretarial do Plano Crack, que foi articulado pela Diretoria sobre Drogas da SASC, na qual várias secretarias e instituições estão diretamente ou indiretamente ligadas à questão da dependência química participam e que a partir dali a gente acaba pensando em como atuar de uma maneira mais efetiva lá na ponta, prestando realmente o atendimento que aquela pessoa precisa, né. Uma coisa interessante que a gente percebe é que o usuário é nosso. Então, não é mais assim: esse aqui é problema da Saúde, esse aqui é da Assistência Social... não, o usuário é nosso, é problema nosso, do município, né... e aí, nós temos várias formas de ajudar, seja com a Saúde, ou com a Assistência Social, enfim... o Comitê também é uma ação que eu acho que tem sido efetiva também. Nós já fizemos o plano, aderimos ao Plano Crack... né... e as reuniões vem acontecendo desde o ano passado, quando foi implantado esse comitê. Tá em andamento.

Pesquisadora: Quais os desafios que você vê hoje aqui em Maringá para o avanço dessa rede?

Gestor RAPS: Ai, Renata... assim, eu tô tão envolvida aqui no meio dessa rede que... eu não sei se eu consigo apontar um desafio. Mas, assim, o que a gente tem sentido que é um pouco dificultoso é fazer com que as pessoas, a própria comunidade, as pessoas que precisam desse atendimento, elas entendam que elas também participam disso, que elas também tem que buscar, que elas também tem que... é... fazer essa rede funcionar e, na maioria das vezes, assim, não chegar com uma ideia já pronta do que é que elas vão estar encontrando, mas vim buscar uma ajuda... "Olha, esse é o meu problema e como que eu posso resolver isso aqui junto com vocês?". Se colocando também como responsável, não só delegar para que o poder público ou para que outras pessoas possam dar conta, né... dos problemas, né... Eu falo isso até por conta das internações no Hospital Psiquiátrico, né... que a gente vê muito assim, de que as pessoas ainda acabam vendo o Hospital Psiquiátrico como a única opção, né... "Eu quero me internar ou eu quero internar meu filho que é usuário de drogas. Eu quero um local onde ele possa ficar por um ano e eu sei que ele vai ficar lá

protegido e pelo menos nesse um ano eu vou ter sossego", né... Mesmo que a gente trabalhe a necessidade deles estarem inseridos no ambiente deles, para que eles possam é... mudar a forma deles se relacionarem com essa... com a vida dele e, consequentemente, com a dependência, né... As pessoas ainda buscam muito a questão da internação, do Médico... não basta ter só o Psicólogo ou o Assistente Social, ou o Enfermeiro ali te atendendo... se não passou por um Médico, parece que não foi feito o atendimento... se não sair com uma receita também... Então tem muito essa questão da própria comunidade entender qual é a proposta de atendimento da rede, da questão da própria Reforma Psiquiátrica. Então, acho que ainda temos esse desafio. Claro que é um papel nosso também, fazer com isso chegue até eles, apresentar a eles essas opções... e principalmente fazer com que essas opções sejam efetivas, né... para que eles não queiram aquilo que gente tá dizendo que não é a única forma de tratamento. Às vezes, a gente tem que parar e olhar para esse outro lado também, que cabe a nós também fazermos com que eles entendam qual é o papel dessa rede, qual é a proposta do atendimento. Talvez, acho que o desafio seja nesse sentido, né.

Pesquisadora: Bem, como eu entrevisto vários profissionais e não aqueles que trabalham especificamente com Saúde Mental, eu pergunto sempre o que eles conhecem sobre a Reforma Psiquiátrica, que você acabou de citar. Se eles conhecem o Movimento da Luta Antimanicomial e o que eles conhecem desse movimento. Então, você já citou, já falou várias coisas, mas como você concebe esse movimento da Reforma, da Luta Antimanicomial?

Gestor RAPS: Acho que é justamente essa possibilidade de novas intervenções, de novos espaços, né, de uma nova forma de enfrentar, de lidar, de conviver com a essa questão da saúde e da doença mental. E essa... a gente acaba usando aí os jargões, mas a questão da própria inserção, de ter esse usuário junto com a gente na comunidade, principalmente sendo ativo nesse processo, não mais somente sendo paciente, né. Acho que é basicamente isso.

Pesquisadora: E como você concebe o NASF?

Gestor RAPS: Acho que pra mim agora vai ser difícil... porque a gente fica sempre na questão da Saúde Mental, mas como Maringá sempre teve o profissional de Saúde Mental inserido ali, é... talvez a possibilidade desses profissionais se colocarem, não só mais o psicólogo, mas também as demais categorias se colocarem como responsáveis pela questão da Saúde mental da população... não é mais só o psicólogo, a Saúde Mental não é mais só do psicólogo, né... por mais que o psicólogo seja o profissional de referência para esse tema, né, mas acho que o NASF pode trazer essa colaboração de expandir... de que Saúde Mental não é mais só do psicólogo, embora ainda fique muito voltado para a questão desse profissional. E assim, não consigo sair muito fora da questão da Saúde Mental, né... [**Mas isso é interessante, né, você como alguém que tá bem envolvida com a questão da Saúde Mental, falar sobre como o NASF está tacando aqui ou se ele não está conseguindo tocar aqui na questão da Saúde Mental, porque o NASF tem lá a ideia do que ele está fazendo em Saúde Mental. Mas você, como gestora da Saúde Mental, vê que ele chega aqui na Atenção Psicossocial? Ele toca nos dispositivos? Ele consegue fazer essa interlocução com esses equipamentos de Saúde Mental? Ele contribui pra proposta de Saúde Mental no município?]** Eu acredito que sim e principalmente na questão da prevenção dos agravos, né, acho que isso aí é o principal, até mesmo porque ele tá na Atenção Básica, né... e a questão da articulação mesmo com todos os profissionais ali daquela equipe, né. [**Porque, você deve ouvir em alguns momentos, alguns profissionais da Atenção Básica, especialmente aqueles da ESF, fazendo um pouco de resistência a ideia do NASF. Em alguns momentos eles fazem alguns apontamentos no sentido de que os profissionais não desenvolvem a ação, já que eles não estão diretamente atendendo a população? Você sente, percebe isso?]** Eu sinto essa crítica, mas aí eu acho que é uma lacuna no entendimento do que é que realmente essa equipe esperava que esse profissional fosse fazer. Acho que a expectativa foi errada, criou-se uma

expectativa que não era a ideia, a proposta do NASF, né. Mas eu não acho que a ação dele esteja inadequada. A ideia que a ESF talvez fizesse é que precisaria ser corrigida, né. Eu escuto essa crítica também nesse sentido, de que o NASF não faz a ação. Mas realmente não é para ele fazer a ação. É para ele atuar como apoiador, como um articulador, um facilitador, para que essa ação que é função da ESF ocorra de maneira melhor para o usuário, mais resolutiva.

Pesquisadora: No NASF e também na Atenção Psicossocial é proposto que se trabalhe em equipe, né. Então, como você concebe o trabalho em equipe? O que é trabalhar em equipe para você?

Gestor RAPS: Trabalhar em equipe é... dividir responsabilidades principalmente, e entender que eu tenho as minhas particularidades, mas que o paciente, ele é único e que eu preciso tá ali em consonância com as necessidades dele e isso eu vou fazer em parceria com essa equipe que tem muitas coisas que não vou dar conta, mas que eu tenho ali alguém que ou vai atuar junto comigo ou vai me dar o suporte para que eu possa atuar com aquela pessoa, né... no sentido de colocar a parte Médica, de colocar a parte Social, esclarecer sobre situações que não competem tá a Psicologia resolvendo, né... Então, para mim trabalhar em equipe é basicamente isso, dividir essas responsabilidades de um paciente que é único e que é de todo mundo, não é só de uma classe profissional, ou de um setor, ou de uma secretaria, né...

Pesquisadora: E como você compreende o conceito de Saúde Mental?

Gestor RAPS: É o que a gente lida todo dia, né, mas definir... talvez, pra não ficar usando jargões aí, né... é difícil falar... Envolve não só o não sofrimento, mas principalmente a condição de estar sendo responsável por si mesmo, pelas suas decisões, pelos seus desejos, né... acho que não é só o contrário de doença, mas é essa coisa mais ampla, de eu ser dona da minha vida, das minhas decisões, de poder fazer escolhas... acho que é nesse sentido que eu vejo a questão da Saúde Mental. E lidar com as minhas limitações, com questões que fogem do meu controle, né... acho que nesse sentido.

Pesquisadora: E família? Como você compreende família?

Gestor RAPS: Hun... família... olha... ultimamente assim, eu tenho visto que... não... não é o que eu tenho visto, né... é como eu compreendo família, né... Seria essa união das pessoas em que as responsabilidades também seriam divididas, né... com os objetivos aí que não são iguais, mas que em algum momento eles se encontram. Acho que é isso. [**E aí você disse que tem visto, né. O que você tem visto?]** Então, eu tenho visto famílias que não se comprometem uns com os outros, né... que não assumem, não dividem essas responsabilidades, que acabam delegando, principalmente quando se deparam com questões das quais elas não dominam, das quais elas não conhecem, né... A gente vê muito isso na questão dos pacientes que são internados no Hospital Psiquiátrico, né... que muitas vezes acabam sendo internados porque a família não colaborou no tratamento, no sentido mesmo de fornecer medicação, de fazer junto com a pessoa o controle daquela medicação: "você tomou hoje a medicação?". Muitas vezes, há famílias que deixam de dar essa medicação para que o paciente tenha crise e volte para o Hospital Psiquiátrico, pra que fique lá sentido cuidado por alguém que não seja ela, né, então... é o que a gente tem visto, sofrido bastante com isso, né... nessas reuniões de rede, não só na rede de violência, mas também nas reuniões de conselhos, COMAD, na Comissão de Desinstitucionalização do município que acompanha os pacientes que estão internados, antigamente eram os pacientes de longa data, agora são praticamente todos os pacientes, porque o que acontece? Eles entram e em trinta dias eles têm alta e aí a família se recusa a buscar. Por mais que você dê a eles a opção de que usem o CAPS pra continuar esse tratamento. Mas também não é o CAPS que vai sozinho dar conta, ele precisa também participar, ele precisa ir para o tratamento também... então, por mais que você ofereça, ainda tem essa resistência: "Não, eu vou deixar aí e não dá nada!". Porque antes a gente tinha a promotoria... mas agora, a promotoria

não dá nada... tem essa fala agora. E muitos procuram as Residências Terapêuticas, para deixar seus familiares morando lá. A gente tem visto isso acontecer bastante e é uma coisa que angustia: como é que nós vamos trabalhar com essas famílias para que elas realmente assumam esse cuidado, né... acho que o paciente tá ali não como um peso, ele faz parte da história dela... então, muitas vezes acaba tendo que envolver Promotoria, para fazer com que a família vá buscar paciente... tem bastante disso, né, ainda. [**E a ESF quando acessada... ou melhor, dá para acessar a ESF para sensibilizar essa família, mostrar que a internação não é a única forma de atendimento?**] Dá, mas as vezes, a ESF também tem essa ideia: "Mas, olha, a família já tem tantos outros problemas, ela não vai dar conta de mais esse". Muitas vezes, a própria equipe compartilha dessa ideia... de que realmente a família deve deixar lá no Hospital, né... Então, isso é uma coisa que também acontece. A gente está lidando com pessoas. A equipe é constituída por pessoas como... ele também, muitas vezes, acaba sendo um desses familiares que tem um paciente com transtorno mental. Ou muitas vezes ele sofre com um problema de dependência química dentro da própria família dele e aí, ele também compartilha dessa ideia, de que é melhor internar. Na Saúde Mental, a gente tá sempre envolvido... eu posso ser o paciente hoje, né... tem muito essa linha tênue, né... até a gente sempre fala assim: "Vamos cuidar bem, vamos fazer uma rede bonitinha, né, porque a gente tá sujeito a precisar. Hoje a gente tá desse lado aqui, mas amanhã e amanhã mesmo, não é um amanhã lá no futuro... a gente pode tá ali precisando desse atendimento". E da mesma forma a equipe, né... pode ter essa dificuldade também e não saber lidar com essa questão da doença. E aí a gente pode se deparar com isso em qualquer espaço, até mesmo em serviços especializados, onde se supõe que tem uma equipe que tem condições de entender essas questões, né... Isso aí acaba sendo comum. Acho que é isso.

ENTREVISTAS COM GESTORES LOCAIS (UBSs)

DIREÇÃO UBS 01
DATA: 12/06/2013
Pesquisadora: Como a pesquisa tem o propósito de perceber como está se dando o processo de implementação de propostas e ações de Saúde Mental na Atenção Básica, que envolve tanto o Movimento da Reforma Sanitária, como da Reforma Psiquiátrica, o meu objetivo nessa entrevista é perceber qual é a sua visão sobre o NASF enquanto um programa que pode contribuir para o desenvolvimento dessas propostas e ações. Então, as perguntas são nesse sentido e eu procuro também investigar um pouquinho da trajetória profissional do entrevistado nos serviços de Saúde Pública.
Direção UBS 01: Certo.
Pesquisadora: Então, comecemos por essa parte da sua trajetória profissional. Qual é a sua formação?
Direção UBS 01: Eu sou enfermeira. Sou formada em Enfermagem e Obstetrícia e tenho especialização em Saúde Coletiva.
Pesquisadora: E faz quanto tempo que você atua como Diretora de Unidade Básica de Saúde (UBS)?
Direção UBS 01: Faz 25 (vinte e cinco anos) anos.
Pesquisadora: Quanto tempo aqui nessa UBS?
Direção UBS 01: São 19 (dezenove) anos. Mas, eu já saí, já fiquei na Diretoria de Assistência e Promoção à Saúde na Secretaria Municipal de Saúde e eu já fiquei na Secretaria de Assistência e

Promoção à Saúde na 15ª Regional de Saúde. Então, eu fui e voltei. Mas, assim, daqui eu nunca fui para outra UBS. Eu só fui para a Secretaria ou para a Regional.

Pesquisadora: E você acabou sempre trabalhando com funções administrativas?

Direção UBS 01: É, na realidade, há dez ou doze anos que o Diretor de UBS é só Diretor. Antes, os Diretores eram todas Enfermeiras, a gente tentou outros profissionais, mas não dava certo, até porque a gente tinha que assumir as duas funções. Eu atuava como Diretora e como Enfermeira.

Pesquisadora: Como é ser Diretora de uma UBS?

Direção UBS 01: (Risos) Eu gosto. Eu gosto da parte administrativa, embora eu adore a assistência, mas é... é desgastante, né? O diretor é o elo de ligação entre a Secretaria de Saúde e a UBS e, na realidade, você fica no meio. Você não consegue agradar todo mundo lá e nem agradar todo mundo aqui. Não é nem uma questão assim de agradar. Quando eu digo agradar, eu quero dizer assim, de atender as necessidades, tanto as deles, lá da Secretaria, quanto ás dos servidores, entendeu? Eu não consigo... a gente fica meio que no meio do fogo cruzado. É uma função bastante complicada e difícil de você conseguir atender as necessidades dos dois lados que você atende.

Pesquisadora: E quais são as principais tarefas que você acaba desenvolvendo?

Direção UBS 01: Eu tento fazer da minha tarefa uma tarefa exclusivamente administrativa. Eu demorei bastante para conseguir me desvencilhar da assistência, até porque, por muitos anos eu fiz os dois. Mas, eu não sei, por ser Enfermeira e por ser funcionária de carreira e já ter experimentado as duas partes, eu pratico ainda muito da assistência. Eu ainda me coloco na escala das Enfermeiras. Então, se as Enfermeiras têm que sair para fazer um curso e de repente as duas que ir no mesmo período, para mim tudo bem. Elas vão e eu estou aqui. Eu sou Enfermeira e se eu tiver que responder como Enfermeira, eu vou responder como Enfermeira. O que é uma coisa que não acontece em outras UBSs, porque não te propicia, porque tem aí advogado, tem administrador, tem gente sem formação nenhuma, né, como Diretor da UBS. Então, eu consigo me colocar nessa posição. Eu não me eximo da responsabilidade de avaliar um curativo, de ter uma visão epidemiológica das coisas. Eu não consigo me eximir da função específica da Saúde. Até porque eu tenho uma especialização específica em Saúde Coletiva. Então, a minha formação é muito voltada para a área da Saúde como um todo, tanto administrativamente falando... Porque eu acho, especificamente, que na Saúde, você não consegue desvencilhar, numa UBS é impossível desvencilhar a visão da assistência, da visão administrativa. Você não consegue administrar sem ter a visão epidemiológica, sanitária... Então, você tem que permear todos os setores, trabalhar com a Odonto, você tem que trabalhar com a Medicina, você tem que trabalhar... e quando eu digo isso, não é nem trabalhar com o profissional, é trabalhar sob a ótica do profissional, com a função dele dentro daquele serviço. Então, para você otimizar - foi a discussão que a gente teve na UBS que abriu agora - o processo de trabalho, você tem que ter conhecimento do Sistema de Saúde. Não adianta você querer vir de fora e achar que você vai meramente administrar uma UBS, administrar os recursos humanos de uma UBS. Isso aí, qualquer um faz. Se eu trouxer meu filho de dezesseis anos aqui, ele faz. Saber quantos funcionários tem. Fazer uma Comunicação Interna (CI) dizendo que fez horas-extras, que fez isso, aquilo, aquilo outro. Qualquer um, eu acho que faz isso. É só ser treinado para isso que ele faz. Mas fazer a coisa com a ótica da Saúde, aí eu acho que é diferente. Aí o profissional tem que estar capacitado para isso. Ao longo desses anos todos de atuação profissional, você viu uma série de transformações, mudanças. Todas elas, das AIS (Ações Integradas de Saúde) - pois eu já era funcionária -, passando pelo SUDS (Sistema Único Descentralizado de Saúde), eu peguei o processo de descentralização, aliás, Maringá foi o primeiro município do Paraná a assinar o convênio SUDS, até a implantação do SUS mesmo. Então, eu peguei todas as áreas, das AIS, eu peguei o finalzinho. Foi quando eu estava entrando na rede. Mas, eu peguei como aluna. Porque o curso de Enfermagem já tinha esse trabalho. Nós íamos para a

área, íamos para as UBS e principalmente para os hospitais. Então, eu peguei toda essa transformação. Quando eu comecei não tinha o Hospital Universitário (HU). Então os Hospitais privados que prestavam o serviço de urgência e emergência. E depois de formada, eu trabalhei em um Hospital Privado da rede de Maringá. Isso tudo antes de termos um serviço de urgência e emergência, os serviços, aliás. Então, a gente não tinha nem para onde mandar. A gente ficava abraçada com o paciente no posto, chorando com a família, porque não existia nenhum tipo de serviço de urgência e emergência.

Pesquisadora: Diante de tantas transformações e mudanças que você acompanhou, como você vê a implantação do programa do NASF?

Direção UBS 01: Olha... a implantação da Estratégia Saúde da Família já foi, assim, um avanço absurdo, quando a equipe se propõe a trabalhar a estratégia corretamente. Porque, credenciar uma equipe não quer dizer que ela vai fazer aquilo que você está querendo. Eu acho, eu até posso estar errada, me gabando de uma coisa que a gente não faz. Mas, eu entendo aqui, que as Equipes de Saúde da Família (ESF) que trabalham comigo tentam, no limite, chegar realmente naquilo que a estratégia preconiza. Se a gente ainda não chegou... a gente sempre pode melhorar. Eu sempre digo que ninguém é "dez". A gente sempre é no máximo "nove", porque tudo na vida, a gente sempre pode melhorar. Mas, a Estratégia Saúde da Família, ao longo desses quase 15 anos que a gente tá com o programa, agora que a gente está conseguindo. Você vê? São quinze anos. Vou pegar um exemplo para você. Quando eu comecei a trabalhar na rede, a gente falava em Atenção Primária à Saúde. Que tinha que ter prioridade, que tinha que haver um treinamento único, que todos nós tínhamos que falar a mesma língua, que nós todos tínhamos que atender de forma uniforme, em termos de protocolo, claro, porque cada UBS é uma unidade diferente. Mas, faz vinte e cinco anos, vinte e sete na verdade, que eu estou na rede e faz um ano que nós começamos a discutir Atenção Primária à Saúde. O que nós estamos fazendo hoje no APSUS é a proposta que eu recebi quando eu entrei na Prefeitura há vinte e sete anos atrás, entendeu? Então, a coisa não é rápida. Ela é lenta. Eu acho que o NASF ainda tem muito para aprender e para despontar no trabalho deles ainda. Eu ainda acho que eles estão sendo absorvidos como nós Enfermeiras éramos absorvidas na parte administrativa, eles estão sendo absorvidos. Então é assim: "Ah, vai ter APSUS! Todo mundo do NASF é obrigado a ser facilitador!". Entendeu? "Ah, vai ter uma reunião não sei das quantas e vai precisar montar um serviço. Todos no NASF são obrigados a vir!". Então, ainda está sobrando pouco tempo. Eles estão sendo absorvidos para o desenvolvimento de atividades que até então, o PSF (Programa Saúde da Família) estava sendo absorvido, em que o Enfermeiro e o Médico do PSF estavam sendo absorvidos. Eu estou sentindo que os profissionais das ESFs estão saindo menos, porque eles (gestores) estão sugando o NASF agora. Entendeu? Então, as exigências vão se deslocando das pessoas e, sei lá, até os profissionais do NASF darem o "grito de liberdade" deles, né? É um processo que não vai ser rápido. Mas, eu entendo assim, o NASF é uma necessidade. Só que eu acho que eles ainda não conseguiram entrar o filão real da função deles dentro da UBS, dentro dessa estratégia que a gente trabalha.

Pesquisadora: E, assim, talvez você não tenha tanta clareza disso ainda, mas para você, o que seria o filão adequado do NASF?

Direção UBS 01: Primeiro que eu entendo que o NASF não pode abranger o tanto de ESFs e de população que eles estão atendendo. Assim, eles não vão fazer nem a parte matricial, que eu acho que eles estão muito presos nessa questão do matricial, ouço muito uma fala assim: "A gente é só matricial, matricial!" e eu acho assim, que eles também vão ter que se envolver com a assistência e, por isso, são profissionais de áreas específicas, porque se não, poderia ser qualquer um. Não precisaria ser especificamente Educador Físico, um Terapeuta Ocupacional (T.O.), etc. Para você montar uma equipe de NASF, antes de tudo você tem que ver a necessidade da área, para definir

os profissionais que deveriam compor esse núcleo. Não é uma escolha aleatória de profissionais que vão compor o NASF. Se eu tenho uma população mais velha, o NASF vai ter que auxiliar as ESFs com ações que sejam mais voltadas para a Terceira Idade. Então, eu terei que ter um NASF com T.O., com Educador Físico, com Fisioterapeuta, né? Se eu tenho uma área caracteristicamente é uma área que tem volume muito grande de atendimentos em Saúde Mental, eu tenho que colocar um profissional da área de Saúde Mental, entendeu? A implantação do NASF não é meramente uma implantação de um novo modelo, de uma implementação. Porque, na realidade, não é uma criação. O NASF vem do modelo da Estratégia Saúde da Família. Então, não é uma mera criação da coisa. Ela tem que ser estudada, ela tem que ser avaliada e ela não vai dar conta da demanda que eles estão colocando para eles aqui em Maringá.

Pesquisadora: Até porque, tendo que abranger mais áreas, eles não ter como focar na especificidade dessa área, é isso?

Direção UBS 01: Isso. Eles ainda não conseguiram focar nas especificidades das necessidades da área, da população da área, com o que é que aquela equipe lida, o que é "vermelho" naquela equipe, que era para eles darem o respaldo. Porque eu acho que o NASF não tem uma função só matricial: de ficar dando treinamento, de ficar orientando. Ele tem também uma função de gerar atendimento de qualidade para aquela necessidade daquela área. Então, é uma coisa mais de colocar a "mão na massa mesmo".

Pesquisadora: Diretamente ou indiretamente fortalecendo isso na Estratégia Saúde da Família?

Direção UBS 01: Em sua maior parte indiretamente, mas em alguns casos, diretamente. Aí é que eu me refiro aos nossos casos "vermelhos", que são os graves. Eles que tem que ter o vermelho do NASF. Por exemplo: Nesse caso "x", a equipe de NASF tem que atuar junto. Esse outro aqui, o T.O. vai ter que ir lá. A Nutricionista vai ter que ir lá, sentar junto com a ESF, calcular uma dieta. Esse paciente "y" não dá pra caminhar só com a ESF. Ou esse paciente é um paciente "vermelho" para o NASF. Entendeu? Para aquele profissional, daquela função, especificamente do NASF. Se não, é o que eu estou falando, não precisava escolher: Nutricionista, Psicólogo, Fisioterapeuta, etc. e tal. Poderia ser qualquer um, bastaria ser um profissional de nível superior. Vem aqui, pesquisa, ensina, dá curso, dá teoria, faz a parte matricial, como dizem. Mas não, existem momentos em que eu necessito daquele profissional e do conhecimento específico da área dele. E não é só para me orientar. É para estar comigo. É para me apoiar naquele caso grave. Naquele caso que exige mais. Por isso, como eles vão ter e vão trabalhar com os casos mais pontuais, que eles podem atender mais de uma ESF. Entendeu? Porque não é uma coisa que vai acontecer todo dia, no dia-a-dia. Mas o NASF tem que ter um trabalho indireto na sua maior parte, ele é matricial de fato, mas ele tem que ter o atendimento direto também. Se não, não entendo a que vieram. Eu acho que perde a finalidade.

Pesquisadora: E quando começamos a pensar nas especificidades da atuação do NASF, a Saúde Mental aparece como uma especificidade preconizada pelas diretrizes. Como você tem visto essa atuação em termos de criação de ações e propostas para desenvolver assistência em Saúde Mental?

Direção UBS 01: Está fraco! Está fraco! Eu vejo assim... Eu percebo que a Psicóloga aqui do NASF já está inserida em uma série de contextos que não deveria ser uma profissional do NASF que deveria estar envolvida. Tudo é fora. Então, tem o comitê de não sei o que, não sei das quantas, colocam uma Psicóloga do NASF. Tem a Comissão de Desinstitucionalização, pegam um profissional do NASF. O povo da Secretaria Municipal de Saúde está pulverizando essas atividades na mão desses profissionais. E quando você pensa em desenvolver ações aqui dentro da própria ponta, que é para isso que eles foram contratados, esse profissional já está tão absorvido em outras

coisas que ele não consegue dar uma resposta a contento. Esse profissional não consegue estar presente. Aí, eles estão em uma situação de correr para apagar incêndio: corre lá, apaga lá; corre aqui, apaga aqui. Entendeu? Eles não vão dar conta, se permanecer nesse momento, se ficar só delegando funções para eles. Não vai. Nós montamos aqui um grupo de pacientes com Alzheimer. Na realidade, não era um grupo para pacientes com Alzheimer, era um grupo para cuidadores de pacientes com Alzheimer. Começamos com essa doença especificamente, porque era o maior volume que a gente tinha e que a gente sabe que é uma doença que desestrutura o cuidador no limite. Escolhemos esse cuidador e esse cuidador seria a pessoa inserida no núcleo familiar que levaria essa forma de administrar esse doente em casa. Começamos com esse grupo. Aí, o NASF ficou com esse grupo e de repente começa a aparecer uma série de atividades que a Secretaria de Saúde os colocou para fazer e as, vezes, eu falo que coloca para encher linguiça, para fazer volume. Uma ESF, composta por auxiliar de enfermagem, enfermeiro, médico - que é o menos preparado para atender Saúde Mental - e ACS não dá conta. A ESF não tem estrutura, nem tempo de conhecimento para sentar com um grupo desses e fazer uma discussão que surta um efeito. Entendeu? Não consegue gerar uma contrapartida que vai gerar algum tipo de benefício lá no núcleo familiar. As ESFs não têm capacidade para isso. Então, não adianta eu pensar que o NASF vai vir aqui e vai ensinar o que vocês aprenderam em 05 (cinco) anos de faculdade para um ACS em duas reuniões e achar que o ACS já está sabendo fazer aquele serviço de trabalhar com essa família, não adianta. É aí entra o trabalho pontual do qual já falei. O profissional do NASF tem que estar presente. Não adianta montar um grupo de alimentação saudável e comparecer em uma ou duas reuniões e depois, a ESF que se vire. A parte que envolve trabalho de nutrição dentro da equipe, o Nutricionista tem que estar junto. Não é todos os dias, não é toda hora. É mais do que uma equipe, mas tem mais do que tempo para isso. Entendeu? E a gente não consegue. O único profissional que eu vejo que está conseguindo trabalhar mais na área dele e ainda que, todo mundo quer meter o pitaco na área dele, é o Educador Físico. Todo mundo acha que consegue fazer caminhada, que consegue fazer exercício, que consegue alongar. Parece que é tão fácil, né? Embora seja o profissional do NASF que ganhe menos e que trabalhe em uma jornada de carga horária maior, ele é hoje o profissional mais utilizado dentro do NASF pelas ESFs. É o Educador Físico. Ele já está conseguindo permear algumas coisas. Eu acho que alguns outros profissionais como o T.O... O nutricionista está achando um espacinho, até porque a gente trabalha muito a questão da obesidade, a hipertensão, diabetes, que estão muito ligados a questão da alimentação. Então, elas já estão conseguindo fazer a coisa evoluir. Mas, os outros profissionais acabam sendo absorvidos em funções que não são funções deles, dentro da equipe.

Pesquisadora: E aqui, nesta UBS, existe uma especificidade que você estava me falando ali no corredor, que é o fato de que vocês não têm um psicólogo atenda somente às necessidades dessa UBS. Vocês têm aqui profissionais emprestados de outros locais, em alguns períodos da semana. É isso?

Direção UBS 01: Na realidade, é assim: nós temos um profissional da Psicologia, lotado nesta UBS, mas que foi cedido para o Sindicato dos Servidores Municipais. Mas essa profissional quer que a lotação dela permaneça aqui. Então, eu não posso colocar outro no lugar dela, porque ela está lotada aqui nesta UBS. Faz mais de 05 (cinco) anos já que ela está fora, a lotação dela está mantida aqui e enquanto ela resolver ficar no Sindicato, enquanto ela se eleger no sindicato, eu não vou ter um profissional específico aqui dentro. Então, a minha Psicóloga do NAS trabalha com quem? Com as ESFs e com quem mais? Porque, embora as duas pessoas que estejam vindo fazer hora-extra aqui sejam pessoas extremamente envolvidas, envolve, mas não envolve muito, né? Porque elas acabam não desenvolvendo o vínculo com as ESFs. Elas até tentam, mas a gente sabe que não uma coisa fácil. E outra, elas são de um setor completamente diferente. Uma delas vem atender

crianças, mas lá na UBS Zona Sul, onde ela é lotada, ela trabalha outras necessidades, na UBS Zona Sul. Não tem nada a ver com o que ela faz aqui, especificamente. Lá ela trabalha com outra abordagem do NASF de lá. Agora, como ela vai trabalhar com meu NASF daqui. Ela nem se encontra com eles, porque os horários dela são tão variados. Então, nesse aspecto, a Saúde Mental da população dessa área, que é cem por cento coberta pela Estratégia Saúde da Família, e pela estratégia NASF, está furado. Está difícil realmente. A gente está dando conta do aspecto clínico, dentro do consultório.

Pesquisadora: E tem muita demanda de Saúde Mental para atendimento clínico?

Direção UBS 01: Tem demanda para atendimento clínico, mas... assim, logo que vieram essas duas profissionais iniciar o trabalho aqui, elas chegaram com uma visão de que poderiam atender em grupo, para administrar melhor a demanda e tal. Mas, eu já deixei bem claro, desde o início, porque faz vinte anos que eu estou aqui, que essa população daqui não tem uma característica de atendimento em grupo. Aí, uma delas veio com a visão do trabalho que ela desenvolve no CAPS, pois ela também trabalha lá e a Secretaria de Saúde também liberou a vinda dela, porque ela tem muita experiência para organizar grupos, mas ela já tentou organizar grupos aqui de todos os jeitos imagináveis e a população não adere. Não estou aqui dizendo isso à toa. Eles nunca aderiram ao programa de gestante, eles nunca aderiram... Você consegue adesão somente quando você amarra a alguma outra coisa. Só funciona se você diz assim: se você não vier no grupo, tem isso que você precisa também, mas não vindo no grupo, você não vai conseguir. Se você perder isso aqui, isso aqui não vai fazer bem para você. Então, você consegue amarrar o paciente. Por exemplo, o Programa Bolsa Família (PBF) está atrelado ao atendimento em grupo de controle de peso, de avaliação nutricional. Mas eles não vêm. E trata-se de um programa por meio do qual eles vão ganhar dinheiro e eles não vem. Então, é uma característica da população. Estou aqui há mais de vinte anos. Um grupo que conseguimos tocar um pouco mais, com menos desistência, foi o grupo de tabagismo e que era um grupo constituído por pessoas que já tinham participado de outros grupos, já tinham vindo de uma desistência e aí, essa desistência gerou um conflito familiar e que obrigou eles a virem no grupo, com a necessidade de vir para o grupo e parar de fumar. Então, nesse grupo, conseguimos um número maior de pessoas que vieram e ficaram. Mas é uma população que tem essa característica. E ainda assim, o profissional perde muito o estímulo, porque ele pode propor de começar um grupo hoje, mas amanhã podem chegar para ele e dizer: "Olha, está indo uma Psicóloga nova aí, você para tudo o que você está fazendo e pode ir embora. Porque a partir do momento que chegar um Psicólogo aqui, eu não posso pedir mais nenhuma hora-extra. Nem para fazer um trabalho para desvincular os pacientes que estão em atendimento e para o outro profissional assumir. A administração da Secretaria de Saúde não tem essa visão. A administração tem a seguinte visão: "Eu estou pagando hora-extra, porque não tem ninguém. Se tem alguém, esse alguém tem que assumir e pronto". É aquilo que eu te falo: eu não consigo agradar nem os de lá e nem os de cá. Porque o que está aqui pode sair insatisfeito e chateado e, muitas vezes, bravo, porque ele sabe o que ele tem que levar a termo no trabalho dele. E o outro que vem, chega chateado, porque vai pegar o trabalho do outro que saiu chateado, sem nenhum acompanhamento. Vai chegar de chapéu na mão, sem saber o que está acontecendo e vai ter que dar conta. Por quê? Porque vão exigir dele, igual exigiam do outro. Entendeu? A questão da Saúde Mental na nossa UBS, embora ela caminhe relativamente bem, pois, além das psicólogas que fazem hora-extra aqui, as ESFs têm os grupos de Saúde Mental... Mas eu devo dizer "bem" também bem entre aspas, porque eu questiono muito essa história de grupo de Saúde Mental. Até cheguei a falar para as ESFs que não era para chamar de grupo de Saúde Mental, porque aquilo que eles fazem com os pacientes não é grupo de Saúde Mental. Aquilo é grupo de distribuição de receita controlada. Grupo de Saúde Mental é outra coisa. No hiperdia eu já consegui fazer eles enxergarem isso. Então, eu tenho aquele

grupo de pessoas com atendimento programático. Ele vem e passa pelo atendimento médico, pela enfermeira e sai com uma receita no final. Mas, o que seria um grupo de Saúde Mental? Eu separaria por patologias, eu atenderia todo mundo junto, eu teria uma conversa de troca de experiências, não sei... eu posso estar enganada, mas eu entendo isso. Grupo não é você pegar um grupo de pessoas e você atender à necessidade básica dele que é a receita do medicamento. Você tem que ter todo um trabalho. Se esse grupo está tendo dificuldade de lidar com a família, em função dos acometimentos, ou com a sociedade onde ele está inserido, no trabalho dele... eu vou ter que trabalhar tudo isso com eles. Então, eu entendo que a melhor linha, de repente, seria reunir por patologias, por idade, né? E trabalhar mais de perto, porque não dá para simplesmente chamar de grupo de Saúde Mental um trabalho que reúne todas as pessoas que tem problema de Saúde Mental, com ASPAS BEM GRANDE, porque a gente só chama aquele que precisa da receita. Mas, e aquele que não toma medicação? Esse, a gente nunca vê. Esse é o que vem aqui aprontar um barraco. É o que não surta em casa, mas vem aqui e surta aqui com as meninas da recepção. Ele vem e surta aqui com a gente. Se o paciente já está desesperado, se ele já está sentindo dor, se ele não está sendo entendido e, às vezes, ele tem outro doente em casa, um irmão que vive tomando remédio e ele já tem medo de ter que tomar remédio, de ter que entrar nessa também (porque a gente tem aqueles pacientes que querem tomar um monte de remédio, mas tem aqueles que morrem de medo de ter que tomar remédio), aí quando ele chega aqui, ele já está em crise e surta na recepção. E será que a gente tem capacidade para entender isso, para perceber essa necessidade do paciente que chega aqui e surta? Não. Os servidores não estão preparados para isso, nem eu, para ser bem sincera. Em alguns casos, a gente até percebe. Tem outros que são tão escandalosos que a gente até desperta para a coisa, mas eu sei que muita coisa passa despercebida. Então, a Saúde Mental ainda é um mistério tanto para as ESFs, como para todo mundo. E cada profissão tem uma visão diferente de Saúde Mental e de como lidar com ela. Ainda não existe uma unanimidade para lidar com a Saúde Mental. Até porque, Saúde Mental vai muito além de um diagnóstico. Saúde Mental abrange muitas outras coisas e, além de tudo, é muito silenciosa. É muito pessoal. É muito silenciosa mesmo. Ela vem caminhando lentamente. Para aquele que se expõe um pouco mais, talvez seja mais fácil de visualizar. Mas na maioria dos casos, quando se trata de Saúde Mental, o paciente sofre em silêncio. Nós fizemos um levantamento uma vez na UBS, em que eu perguntei para as meninas, quantos pacientes de Saúde Mental as ESFs tinham na área. Aí elas pegaram seus caderninhos e trouxeram um número muito baixo. Eu falei: "Gente, mas não é possível!". Foi um momento em que a gente tentou mudar algumas coisas, não só da Saúde Mental, mas em termos de psiquiatria e neurologia, porque o paciente vinha e só queria a receita. Daí, eu proibi os médicos de darem as receitas. Vinha paciente aqui dizendo: "Ah, mas faz dez anos que eu fui no Psiquiatra e ele me receitou esse remédio". Eu respondia: "Então, eu quero uma cartinha do seu psiquiatra se responsabilizando e dizendo para mim, Diretora da ESF que eu posso durante um ano fornecer esse medicamento para você tomar dessa forma". Por que eu fiz isso? Porque eu mesma vou ao meu Psiquiatra e de tempos em tempos há a necessidade de reavaliar a medicação. Ou seja, não é sempre o mesmo remédio. Eu fui ao Psiquiatra quando eu estava em um momento de depressão. Depois de dois anos de acompanhamento, eu já estava em um momento de ansiedade. Então, isso tudo me levou a analisar a situação de um paciente que eu verifiquei que, durante os quatro anos que eu estive fora dessa UBS, a Enfermeira registrou em seu prontuário o fornecimento de receita de um mesmo medicamento, sem nenhuma reavaliação. E só tinha o registro da Enfermeira. Só. E que foi fornecido receita, que não foi nem ela que fez, foi o Médico, mas o próprio Médico não escreveu nada. Mas foi ele que forneceu a receita. E aí, eu mandei esse paciente para um Neurologista. Quando esse paciente chegou no consultório dele, o Neuro ligou para a UBS e me xingou de todos os nomes que você possa imaginar: de inconsequente, de incompetente. Ele nem perguntou se tinha

sido eu ou não que tinha reproduzido o pedido de receita por quatro anos seguidos. Mas tudo bem, eu expliquei para ele o que estava acontecendo e ele concordou comigo sobre a necessidade de constante reavaliação. Resultado: comecei a reagir assim na nossa UBS. Mas os pacientes começaram a ir para a outra UBS. Aí, a outra UBS foi fornecendo a receita. Até que chegou num ponto em que eles se cansaram e mandaram os pacientes vir buscar receita aqui. Mas aí, o paciente informou que aqui, nós não fornecíamos mais a receita sem a reavaliação do especialista. Aí, a outra UBS acordou e a coisa foi tomando conta da rede. Mas, na realidade, se existem protocolos é para serem seguidos. A Ritalina, por exemplo, está com fornecimento descentralizado. Como não tem Neuropediatra para atender os pacientes todo mês e fornecer a receita da Ritalina a cada sessenta dias, nós temos que atender. Mas o protocolo diz que é só até cinco meses que nós podemos fazer isso. Mais do que isso, esse paciente tem que voltar no Neuropediatra. Aí, a coisa foi por esse lado. Então, voltando lá ao levantamento de pacientes de Saúde Mental das ESFs, eu fiquei inconformada com a quantidade levanta de pacientes de Saúde Mental. Aí, para verificar melhor, fomos até o CISAM (Centro Integrado de Saúde Mental de Maringá) e levantamos ficha por ficha do CISAM, verificando o endereço, para saber quem era da nossa área. Sem brincadeira, nós tínhamos conhecimento enquanto ESF de um número mais ou menos assim, uns trinta. Mas, na realidade tinha quinhentos e oitenta pacientes da nossa área sendo atendidos pelo CISAM. Tinha gente que ia no CISAM há dez anos e a ESF nunca soube que ele ia. Quando é um caso esquizofrenia, é muito obvio. Mas quando se trata de um distúrbio de ansiedade, de um distúrbio do sono, que todo mundo acha que isso tudo não é um problema de Saúde Mental, né? Quando é um bipolar, mas está controlado e está usando a medicação certinha... mas é um bipolar. E isso até, de repente justificava aquele período meio maníaco, em que ele vinha mais na UBS e o período que ele sumia e a gente nunca soube. Menina, era um absurdo! E aí, a gente vê como a Saúde Mental escorre pelos dedos da gente. Porque as pessoas têm medo de falar para o outro que toma medicamento, que vão ao Psiquiatra. E eu sempre procuro falar para eles o seguinte: "Gente, o Psiquiatra não é um Médico de louco. Ele é um Médico que trabalha as nossas emoções, porque elas, assim como os nossos hormônios, oscilam e elas oscilam até com os nossos hormônios. Então a gente tem que ter atendimento e o profissional que faz isso é o Psiquiatra. Por muito tempo as pessoas tiveram a visão do profissional Psiquiatra, do profissional Psicólogo dentro do Hospital Psiquiátrico. E não é isso. Alguém tem que te ajudar a lidar com as suas emoções. Estejam elas oscilando por problemas genéticos, né, hereditários, por problemas do meio ou por problemas outros. Muitos problemas podem ser identificados. Então, tem tudo isso e a Saúde Mental escorre pelos nossos dedos mesmos. E aí, ao mesmo tempo em que você quer pular de cabeça na Saúde Mental, você vê que você anda, anda, anda, nada, nada, nada e morre afogada na praia. Porque daí, quando chega lá na função do NASF trabalhar, quando chega na função do CAPS, quando você chega na sua parte, você percebe que você fez tudo aquilo e que o paciente vai se perder. Entendeu? Vou te dar um exemplo bem básico. Tem um menino nosso aqui que é usuário de drogas. Ele ficou internado em uma comunidade terapêutica credenciada ao SUS. Ele saiu de lá, estava bem, mas tinha que utilizar os medicamentos receitados pelo psiquiatra só que esses medicamentos não têm na rede. Quando a mãe veio aqui, a mãe demonstrou que ela também estava precisando de atendimento, porque ela tem três filhos usuários de drogas. Ela precisa mais do que eles, na realidade, porque ela aguenta os três. Aí, ela veio aqui e disse assim pra mim: "Eu não sei o que eu faço... Não sei! Eu não tenho dinheiro para comprar o remédio! Já perdi minha casa. Eu estou mornado lá só até me tirarem de lá. Eu já não estou pagando há anos. Eu não tenho mais onde morar. Eu não tenho o que comer. Eu não tenho condições de comprar esse remédio". Aí, o menino estava sentado ali fora, porque ele primeiramente não tinha entrado. Ele não queria falar comigo. Mas, ela começou a chorar, ele ouviu e veio aqui, entrou aqui, olhou pra mim e falou assim: "Olha,

eu vou ser bem sincero com você! Eu quero me tratar, mas eu não tenho condições, ninguém dá o que eu preciso. Agora, se eu for ali na esquina, o traficante tem crack pra me dar!". Gente, eu fiquei uma semana sem dormir. Meu marido falou pra mim: "Pelo amor de Deus!". Mas, naquela semana, eu só chorava! Daí, eu cabei ligando para um tio do meu marido que trabalha com medicamentos e recebe doações de medicamentos lá em Londrina e ele tinha o medicamento que o menino precisava. Aí, eu mandei o medicamento para o menino. Tá... mas isso é ele. E o resto? Porque aí, tem o outro irmão e tem outro que precisa também. Ai, vem a mãe e chora de novo. O que você faz? Então, você sente que você nada, nada e quando você chega na beirinha, que você já tá conseguindo pegar uma marola, você morre afogada ali. Então, é difícil, Saúde Mental escorre mesmo. A gente tenta segurar, mas é igual àquela "geléca", que quando você vê, tá saindo da sua mão, daí você tenta com a outra e no final, você já tá toda embolada com ela e não deu conta de segurar.

Pesquisadora: Nessa sua resposta, você foi citando alguns dispositivos que foram sendo criados ao longo desses anos. Que outros serviços você considera importantes que sejam fortalecidos nessa rede de Saúde Mental?

Direção UBS 01: Na realidade, eu acho que os serviços necessários existem. Nós temos os serviços da Atenção Básica. Nós temos a Estratégia Saúde da Família. A gente tem o NASF. A gente tem os CAPS, a gente tem o CISAM, a gente tem o Hospital Psiquiátrico, a gente tem a Emergência Psiquiátrica. Falta condição de funcionamento. Condição real. Não é abrir serviço que falta. O serviço aberto a gente tem. Tem tudo o que a gente precisa. E vou deixar bem claro uma coisa que eu falo todos os anos: não é fazendo aquela semana Antimanicomial ridícula que eles fazem todos os anos, que eu já me recuso a ir, que alguma coisa vai mudar. Já faz cinco anos que não vou. É sempre a mesma coisa. É aquele grupo de "doidinhos" cantando e só. Semana Antimanicomial, gente, é botar a boca no trombone, é ir para rua e desmitificar o problema de saúde mental, não só na minha cabeça de profissional, mas na cabeça da população, na cabeça do povo. Porque que se investe tanto para desmitificar a AIDS, investe-se um rio de dinheiro naquilo lá. A gente até fala que a AIDS é o primo rido da Saúde Pública. Tudo quanto é ação que a "AIDS" faz, tem tudo de melhor. Por quê? Porque eles têm dinheiro que parece que não acaba mais! Por que a AIDS merece muito mais atenção e recurso e esse trabalho todo de desmitificação da AIDS e a Saúde Mental não merece? Eu sei que tem muito mais gente com problema de Saúde Mental do que com AIDS. Por que a Saúde Mental não merece essa atenção do governo federal, estadual, sei lá de quem é que seja que administra isso. Por que tantos recursos para desenvolver medicamentos para melhorar o coquetel, para a distribuição de camisinhas e tantas coisas mais e nada para a Saúde Mental, sendo que tem muito mais gente com problema de Saúde Mental nesse mundo? A gente não tem noção da quantidade de pessoas que sofrem com o problema de Saúde Mental. Já o HIV não, né. Fez o exame, pronto! Comprovou-se a doença. Mas eu acho engraçado que quando você senta para discutir isso com o pessoal da área, todo mundo tem essa noção. Existe até um parâmetro que fala que daqui não sei quantos anos, a depressão vai ser a doença com maior incidência entre a população. Poxa! Se já se sabe disso, por que não tomar uma atitude, então? Eu acho que se determinam muitas ações, muito dinheiro e muita "gordura" a gente queima naquilo que eu acho que nem é prioridade. Eu acho que a AIDS é realmente um monstro. Não estou dizendo que ela não exista. Ela existe! Ela é grave e prestar atenção nela é fundamental. Mas eu acho que está se despendendo muita energia nisso e deixando de se despender energia naquilo que vai nos prejudicar lá na frente. Lá a diante, nós não vamos dar conta! É a Saúde Mental! É ela que deveria estar sendo nossa prioridade. Uma pessoa que não tem boa Saúde Mental, ela vai transar sem camisinha, ela não vai tomar os remédios, não vai se cuidar, ela vai fazer tudo errado. Ela não virá na UBS fazer acompanhamento, ela não vai nem tomar o coquetel. Começa por aí. O aidético vai ficar deprimido

e aí nós não vamos ter condições de atender ele também. A Saúde Mental tá assim: varre e joga para o bueiro. O dia que explodir, aí a gente faz alguma coisa, aí alguém vem desentupir. Então, eu sinto assim, como profissional que está se aposentando, que no tratamento de hipertensão, de diabetes, com os grupos de pacientes que tomam medicação, tá indo tudo bem. A gente tem problema com aqueles que não tomam remédio certo, que a família não apoia e tal. Mas, eu vivi o suficiente para presenciar um atendimento programático para esse tipo de necessidade. Que ocorre de três em três meses, com medicamento disponível. O básico para manter esse paciente controlado tem. Mas na Saúde Mental, eu só vivi até agora a criação dos espaços, dos serviços. Mas a condição para esses espaços e serviços trabalharem, eu vou sair do SUS com trinta anos de trabalho e não vou ver. E te digo uma coisa, a Saúde Mental em Maringá evoluiu um monte, porque teve um secretário de saúde que era Psiquiatra. Foi aí que a Saúde Mental se expandiu aqui. Esse secretário foi quem "peitou" essa situação, alugou um prédio e instalou lá o CISAM. Porque os CAPS vieram por obrigatoriedade. Ou você cria, ou você não recebe o dinheiro. Então, foi por obrigatoriedade. Se eu dissesse assim, que algum gestor já enxergou a Saúde Mental como uma necessidade primária, básica, eu estaria mentido para você. Nenhum! Por melhor que tenha sido o prefeito, o secretário, nenhum enxergou Saúde Mental como prioridade. Eles priorizam até entregar remédio em casa, mas a Saúde Mental não é prioridade. E olha que são trinta anos que eu tenho vivenciado a Saúde Pública.

Pesquisadora: Bem, já estamos caminhando para a finalização dessa entrevista. Para encerrar, eu tenho solicitado que os profissionais definam alguns conceitos, ou melhor, explicitem um pouco de suas concepções sobre trabalho em equipe, saúde e família. Então, o que é para você trabalhar em equipe? O que é saúde? E, o que é família?

Direção UBS 01: São conceitos intrínsecos, né? ... Ai, meu Deus! Trabalhar em equipe é uma coisa que eu não consigo fazer muito bem. Eu ainda sou meio mandona. Eu sempre acho que aquilo que eu penso é a verdade mais verdadeira que a dos outros. Mas, eu estou praticando. Depois de trinta anos de profissão, quatro filhos, a gente vai mudando alguns conceitos. Então, trabalhar em equipe, é trabalhar junto mesmo. É mais do que importante trabalhar com dados, ser fiel àquilo que você está fazendo. É necessária coesão, sendo fiel aquilo que o grupo decide que deveria ser uma meta. Não é aquilo que eu quero. Eu não posso largar no meio, porque o trabalho da minha equipe toda depende de mim. Então, trabalhar em equipe é trabalhar junto, com uma mesma filosofia, com um mesmo pensamento e com os mesmos objetivos. Saúde é... aquela definição da Organização Mundial da Saúde. É exatamente aquilo mesmo. É o bem estar social, físico e mental. A pessoa tem que estar bem em todos esses contextos. Também não adianta cuidar da Saúde Mental dela, ter CAPS, ter NASF e ela estar passando fome dentro de casa, né? Não acho que as atitudes protecionistas e paternalistas vão resolver problemas. Não! Mas, se você perguntar para mim, quais são as medidas que devem ser tomadas nesse sentido, eu também não saberei te responder. Mas eu sei que essas ações que o governo está tomando, não são as ações que vão resolver o contexto de saúde que a população precisa ter. Não vão! Então, a definição é aquela básica mesmo: é o completo bem estar físico, mental, social, cultural e tal. Mas, eu não concordo com as ações que estão aí hoje em dia. Não concordo com as políticas compensatórias. Às vezes, eu até me pego questionando algumas ações que estamos desenvolvendo. Agora, essa questão da família relacionando aos aspectos da Saúde Mental é bem complicada. Ninguém quer assumir que tem um irmão, um parente que tem problema de Saúde Mental. É igual assumir que eu tenho um irmão afro. As pessoas dizem: "imagina que eu tenho um irmão afro". "Jamais!" (risos). Não é toda família que está preparada para aceitar. Não é toda a família que está preparada para "trabalhar" com a Saúde Mental. Aliás, em sua maioria eles não estão preparados. E aí é que eu acho que entraria o trabalho da Estratégia Saúde da Família junto com o NASF e com todos esses profissionais que estão presentes nas

equipes (T.O., Fisioterapeuta, Psicólogo, Médico, Enfermeiro) deveriam trabalhar não tanto o contexto individual, tão focal, mas o contexto da família, da comunidade. Aí, depois que a gente trabalhar com a família e com a comunidade, aí a gente consegue ver um povo que vai exigir mais daqueles que eles elegem. Exigir que eles se voltassem mais para essa área. As pessoas ainda têm uma mistificação muito forte no sentido de esconder o doente mental. Está melhorando muito. Muito. Antes, o doente mental ficava dentro de casa babando. Hoje não. Hoje eu vejo muitas pessoas na rua, circulando. Mesmo o deficiente físico. Ele está mais na rua. Eles não têm diferença da gente. Não é diferente. Ele tem um "genezinho" diferente. É como diz o filho de uma amiga minha que tem Síndrome de Down. Ele acabou se se formar no SENAI. Fez um curso técnico e trabalha com o pai dele, com importação e exportação. Ele vai fazer outra especialização agora nesse assunto. O pai tem usado dentro da empresa as informações que o filho tem aprendido e desenvolvido em seus estudos. Então, ele tem capacidades. Só que ele foi um menino que foi extremamente estimulado. Ele nunca foi poupado de uma escola "normal". Então, tem que ter o reverso da coisa, que é a família. Quando a minha filha mais nova entrou na escola, eu fui conversar com a coordenação pedagógica para saber o seguinte, se nessa escola havia um trabalho de inclusão. Aí, o coordenador respondeu que eles estavam começando. Eu perguntei: "Vocês estão começando como?". Ele me respondeu: "Ah, nós temos uma criança que tem problema na pele, tem umas manchas". Eu disse a ele: "Eu estou falando de inclusão no todo". Porque o meu filho mais velho, na sala dele, numa escola que trabalhava com inclusão de verdade, tinha autista, tinha um aluno com Síndrome de Down. Tinha um cadeirante e um menino com fibrose cística. Então, meu filho tem uma visão do todo, das necessidades alheias, das limitações do outro. E para ele entender as limitações dele, ele precisa entender as limitações do outro. Esse tipo de convivência é fundamental. Eu não quero criar a minha filha em uma escola que não tenha esse tipo de vivência. Então, eu falei para aquele coordenador: "Faz duas semanas que estou trazendo a minha filha nessa escola, para experimentá-la, mas nem pessoas afro descentes eu vejo nessa escola". Aí ele me disse: "Não, tem sim! Tem o fulano, o beltrano e o ciclano". Eu falei: "Bem, o senhor vai conseguir contar nos dedos quantos tem. Vocês já pararam para pensar nisso. Porque eu acho que até nisso a gente tem que pensar. Vocês tinham que abrir bolsa. Essas crianças precisam saber lidar com a diferença. Como minha filha vai aprender". Um dia ela chegou para mim e me perguntou: "Mãe, todo preto é ladrão?". Eu falei: "Não! E nem todo branco é bonzinho!". Aí é que eu acho que entra o trabalhar com o contexto da família. Na Saúde Mental, é a mesma coisa. A gente precisa desmitificar para nossos filhos algumas coisas. Eu não tenho nenhum problema de dizer para os meus filhos que eu faço tratamento psiquiátrico. Mas, tem gente que jamais dizem aos filhos que eles fazem tratamento psiquiátrico. Jamais! A minha filha mais nova sabe que quando eu estava tentando adotá-la, que eu sofri muito, que eu fiquei semanas de cama, em depressão, por cada vez que me tiravam um filho dos meus braços. Eu digo para ela: "Hoje, eu entendo que eu passei por todos aqueles de depressão e de sofrimento porque era para ser ela que seria minha filha". Então, é para desmitificar essa coisa do sofrimento emocional. Mas, as pessoas não desmitificam isso, elas não têm esse entendimento de trabalhar com a inclusão, com as diferenças, com o sofrimento emocional. Aquele filho da minha amiga que tem Síndrome de Down falou uma vez para mim que a única coisa de diferente que ele tinha em relação a mim, era algo que ele tinha a mais, não era nem a mesmo. Ele disse: "Eu tenho um cromossomo 21 a mais que você!". Aí é que você vê como a estrutura familiar faz a diferença na significação que a pessoa faz de seus problemas. Assim é que se pode aprender a lidar com tudo isso. Então, a Saúde Mental ainda escorre muito pelas nossas mãos porque a gente não conhece, a gente não tem dados, tudo ainda é muito mistificado e a gente ainda não consegue administrar os mistérios. Não pode haver mistério. As coisas têm que ser desmitificadas. As coisas têm que ser muito claras. Se eu tenho um irmão deficiente, eu tenho que saber lidar com isso, eu tenho que

discutir isso em casa. Mas, as pessoas têm muito medo e ficam se escondendo atrás do problema. Então, as famílias vão ter que aprender a lidar com isso. Não existe hoje uma família que não tenha um usuário de droga. Não existe hoje uma família que não tenha uma pessoa com algum tipo de comprometimento mental, espiritual, chame do que quiser chamar e que não vá precisar de uma assistência mais especializada. No entanto, essas questões ainda escorrem pelos dedos.
Pesquisadora: Tem mais alguma coisa que você gostaria de destacar?
Direção UBS 01: Não. É só isso mesmo. Acho até que já falei demais. Risos.
Pesquisadora: Não, foi ótimo! Eu agradeço muito a sua participação e disponibilidade.
Direção UBS 01: Depois, traz sua pesquisa pra gente ver os resultados.
Pesquisadora: Ah, sim! Com certeza!

DIREÇÃO UBS 02
DATA: 20/05/2013
Pesquisadora: Bom, então qual é a sua formação?
Direção UBS 02: Enfermeira.
Pesquisadora: Você é enfermeira a quanto tempo?
Direção UBS 02: Eu me formei em 2006.
Pesquisadora: Você veio para Atenção Básica logo depois da sua formação ou você teve alguma outra experiência?
Direção UBS 02: Não, só na Atenção Básica e sempre na área administrativa.
Pesquisadora: Eu achei que você estava desde o começo da implantação do NASF.
Direção UBS 02: Não. Faz 02 anos que eu trabalho nessa unidade.
Pesquisadora: E nesses 02 anos que você acompanha a equipe NASF dessa UBS, como você tem visto as ações dos profissionais da equipe?
Direção UBS 02: Não querendo "puxar a sardinha pro meu lado", mas eu acredito que o nosso NASF seja o melhor de Maringá, o nosso NASF é um NASF diferenciado onde que ele abrange não só a questão de saúde mental como todas as outras né, então a gente... eu consigo ver... como eles conseguem desenvolver e os resultados positivos que eles estão tendo.
Pesquisadora: Quais seriam os resultados que você percebe, que são positivos?
Direção UBS 02: Vejo que o NASF ajuda na área de saúde mental, tanto na orientação com os outros profissionais, ACS, médicos... porque, na saúde mental existe muito preconceito. As pessoas não gostam de lidar com pessoas que tenham algum transtorno. Então, tanto para desmistificar isso, trabalhar com a família, com o próprio doente, não só a questão da doença, mas todo um contexto dele dentro da sociedade, dentro da própria família, está sendo feito através dos grupos de artesanato.
Pesquisadora: Então você citou uma ação que ele desenvolve, o grupo de artesanato, você sabe de mais alguma outra ação que eles desenvolvem para beneficiar a família ou o portador de transtorno mental?
Direção UBS 02: Eles desenvolvem atividades relacionadas à questão do cuidador, trabalha a espeficidade dos casos onde que a equipe tem dificuldade, os ACS trazem e ele discute o apoio matricial e tem as contrarreferências que vem do hospital psiquiátrico e dos CAPS.
Pesquisadora: E eles também fazem trabalhos com gestante, hipertensos. Você acha que nesse trabalho que eles fazem com esses grupos programáticos da Estratégia Saúde da Família, como hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças de 0 a 1 ano, também tem ação de saúde mental envolvida nessas ações?

Direção UBS 02: Sim, com as mulheres na semana da mulher, com os homens já trabalharam a respeito da saúde do homem, valorização, com os idosos, os grupos de caminhada sempre tocam o tema.

Pesquisadora: E o que você já ouviu falar da reforma psiquiátrica possivelmente, da luta antimanicomial que inclusive semana passada teve a capacitação, então Maringá tem já desenvolvido algumas ações no sentido dessa reforma e no sentido dessa luta, o que você conhece desses movimentos?

Direção UBS 02: Do que eu conheço? Que a reforma veio pra desmistificar. Antigamente se tratavam com pessoas possuídas ou era um jeito de castigo, punição e na época teve as grandes fortunas do hospital psiquiátrico, onde surgiu vários filmes, como o "O bicho de sete cabeças" que conta a história de um paciente que se tornou louco não por ele, mas por toda a situação, então Maringá vem trabalhando nessa questão, através dos CAPS, do ambulatório de rua que acaba atendendo essa comunidade de álcool e droga, os moradores de rua, tem uns trabalhos ... bom, ai é do CAPS ... CAPS Canção.

Pesquisadora: Mas, pode falar do que você sabe.

Direção UBS 02: CAPS Canção, CAPSAD, CAPS Infantil, agora Maringá vai ser inaugurado, construído o centro de atenção onde que vai ver o paciente como um todo, ele e a família como um todo, não só pela patologia e sim pelo ser humano que está ali.

Pesquisadora: T**em existido uma relação entre esses dispositivos que a reforma tem ajudado a implantar como os CAPS que você citou e o serviço da Atenção Básica? Existem ainda desafios para estabelecer essa relação? Como você vê?**

Direção UBS 02: Eu acho que ainda existe o desafio que é ligar os dois, porque o paciente é um só, ele tá tanto lá no CAPS, ele tá tanto lá no Hospital Psiquiátrico como ele tá na unidade, né, tem muito... se o paciente tá num CAPS, num hospital, ele é dele? Não. Ele é da rede, então precisa melhorar essa comunicação, essa contrarreferência até que a unidade, atenção básica não deixar esse paciente evoluir para uma internação. Tem que ter esse acompanhamento dos dois lados, por isso a importância dos matriciamentos que os CAPS acabam nos dando.

Pesquisadora: Vocês têm recebido matriciamento dos CAPS aqui?

Direção UBS 02: Sim.

Pesquisadora: É frequente?

Direção UBS 02: Começou... eu posso falar do tempo que eu tô aqui. Ano passado pra cá.

Pesquisadora: Uma vez a cada 03 meses? Como é que é?

Direção UBS 02: Não tem uma frequência, mas assim, a gente tem a liberdade de entrar em contato com eles pra discutir o caso. Mas ainda eu acho que tem que ser fortalecido.

Pesquisadora: Aqui, todas as equipes, até mesmo a administrativa precisa trabalhar em equipe, como você entende, o que é pra você trabalhar em equipe?

Direção UBS 02: Eu acho trabalhar em equipe é muito importante porque acaba deixando seu serviço mais fácil, porque a gente vive numa sociedade e você não consegue viver sozinho porque você está mexendo com pessoas e não com papéis, mesmo quando você mexe com um papel de encaminhamento por trás desse papel existe uma pessoa. Aqui na unidade a gente trabalha em equipe, é difícil? é difícil ... trabalhando com a cogestão onde que a gente discute os problemas da unidade, o que a gente ... dentro da unidade pode tá solucionando, lógico que tem coisas que nível central de secretaria que foge da nossa resolutividade, mas a gente tenta trabalhar nesse sentido.

Pesquisadora: Já que você falou na cogestão, o que é a cogestão pra vocês aqui da UBS 02?

Direção UBS 02: A cogestão é o nosso modo de gerir o trabalho, a UBS como um todo. A gente trabalha a cogestão no grupo do GTH e o NASF trabalha a cogestão nas reuniões com as equipes. Buscamos trabalhar tanto os problemas que tão acontecendo, discutir metas, planos de trabalho,

preparar o que a unidade vai oferecer a essa população, grupos de promoção, educação em saúde e campanhas. Nós preparamos pra levar numa plenária maior que seria a reunião da unidade que ocorre uma vez a cada 45 dias ou uma vez ao mês. Nessa reunião, que todo mundo participa, a gente fecha a UBS por duas horas e analisamos as propostas, fazemos os informes, pactuamos tudo. Todo ano fazemos o nosso PAS e o NASF é o nosso principal parceiro nisso.

Pesquisadora: O que é saúde para você?

Direção UBS 02: Saúde eu acho uma palavra muito ampla, complicada, por que tem vários fatores, por é o bem estar físico, psicológico, é trabalho, por isso que eu acho difícil, porque se você for ver, se a pessoa não tem um trabalho acaba afetando a saúde, eu acho que é ... um bem-estar por completo não é por que é assim, é muito difícil, se fosse assim, ninguém teria saúde. Mas eu acho que é... você conseguir lidar com todos os... ambiente... de uma forma este não acabe te levando a doença, mas saúde não é só a falta da doença, seria n componentes.

Pesquisadora: E como o NASF trabalha com a ideia de apoio, o que vocês entendem por apoio? O que é a função do apoio na equipe NASF?

Direção UBS 02: O que é o apoio? O NASF, como eles são diferentes profissionais que a gente tem terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, educador físico, nutricionista, então com toda a visão que eles têm vão apoiar no sentido assim, verificar junto com a equipe, tanto de PSF como com a unidade, dar o melhor encaminhamento pras situações que vem ocorrendo tanto com o paciente, um único paciente como o paciente daquela área como um todo.

Pesquisadora: E por fim, a última questão está relacionada à ideia de família. Já que a gente trabalha com a Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família, o que é família pra você?

Direção UBS 02: Quando era mais nova família era aquela questão do pai, mãe e os filhos, a avó, hoje a questão de família mudou muito, são vários arranjos, famílias são aquelas pessoas que moram, na minha visão, no mesmo local por aquele período, pode ser um grupo de estudantes, numa república, naquele momento eles tem laços familiares, não sanguíneos, com esses novos casamentos, então aquela ideia papai, mamãe e filhos, isso a gente vê hoje muito pouco. Eu acredito que são pessoas que tão ali morando naquela casa, naquele local, porque muitos não moram nem numa casa, e convivem, se ajudam entre si.

Pesquisadora: Muito obrigada por sua participação. As perguntas que eu tinha eram essas. Você gostaria de dizer algo mais?

Direção UBS 02: Não. Só isso mesmo. Depois, vamos querer ver o resultado!

DIREÇÃO UBS 03

DATA: 29/05/2013

Pesquisadora: Bem, tenho aqui um termo de consentimento, no qual eu explico a natureza da pesquisa, apresento os objetivos, o que esperamos com ela e também apresento as ferramentas de coleta de informações. A entrevista semiestruturada é uma dessas ferramentas e por isso, eu solicito a possibilidade de gravar as entrevistas em áudio, para que depois, eu possa utilizar as informações da maneira mais fiel possível. Antes de começarmos, eu preciso saber de seu consentimento em participar.

Direção UBS 03: Bem, eu aceito participar sim, sem problema, mas eu não gostaria que entrevista fosse gravada não. Se por você, for possível realizar a entrevista sem gravar em áudio, para mim será melhor. Não me sinto à vontade com o áudio.

Pesquisadora: Por mim, tudo bem. Vou fazer um esforço para anotar as informações que você apresentar e depois as lerei para você me dizer se elas estão guardando o sentido do que você disse. Pode ser?

Direção UBS 03: Pode.

Pesquisadora: Então, vamos lá. Eu procuro sempre começar pergunto a formação profissional e a inserção na saúde pública. Qual é a sua formação e como foi esse processo de inserção na saúde pública para você?

Direção UBS 03: Eu não tenho formação em nível superior. Minha formação vai até o ensino médio. Faz 10 anos que eu terminei o ensino médio e não tenho nenhuma formação específica. Fiz o Ensino Médio geral. Essa é a minha primeira experiência como diretora de uma UBS. Eu já trabalhava na Secretaria Municipal de Saúde há 4 anos, em uma função administrativa. Quando esta UBS foi inaugurada, ela ficou uns 5 ou seis meses sem uma direção específica para ela. Eu já estava trabalhando na Secretaria de Saúde em função administrativa, estava trabalhando com a organização e processos de encaminhamento para as especialidades médicas. O trabalho lá era um desafio, porque a demanda é elevada. Mas, aí, como a unidade estava precisando de uma direção, a Secretaria me convidou e eu aceitei o convite. E tem sido um outro desafio.

Pesquisadora: Como se organizam as ações no serviço e qual a sua participação nelas? Existem dificuldades?

Direção UBS 03: Esta UBS é uma unidade nova. Foi inaugurada há pouco tempo. Ainda está tudo novo e existe um processo de adaptação acontecendo. As ESFs já se conheciam entre si, porque elas são fruto de uma descentralização da UBS 2, que ainda continua sendo uma UBS de referência para esta. Há algumas ações que só são feitas lá. Mas elas ainda estão se adaptando a trabalhar em um novo local. Apesar de termos sido equipados, com a compra de equipamentos novos, a UBS foi assaltada e então estamos sem computadores e alguns aparelhos de esterilização, entre outros equipamentos. Faltam médicos. A UBS está sem o ginecologista e as médicas das ESFs estão de licença. Uma está de licença maternidade e a outra está de licença saúde. Estamos com médicos provisórios que acabam fazendo apenas o trabalho de "apagar o fogo", ainda sem entrosamento com as ESFs. Eu procuro ajudar no enfrentamento de todo tipo de dificuldade: ligando para lá e para cá, pedindo material, encaminhando pacientes, buscando maneiras de cobrir as faltas de profissionais. Apesar de tudo, as ESFs fazem um bom trabalho e elas já têm uma boa noção de como devem ser feitas as suas funções. Isso faz o serviço estar organizado, apesar de todas as dificuldades que eu coloquei.

Pesquisadora: O que você conhece sobre o NASF? Quais são, em sua opinião, as atribuições dos profissionais que compõem essa equipe?

Direção UBS 03: O NASF nos ajuda muito. Eles ajudam na organização dos grupos em geral: caminhada, artesanato, gestantes, hiperdia. Eles ajudam também na organização das reuniões gerais da UBS. Como eu sou nova aqui, foram eles que organizaram a primeira reunião de UBS, que ocorreu dia 15 de fevereiro desse ano, porque a UBS abriu em agosto do ano passado. Fazia muito tempo que eu estava aqui e nunca tinha participado de uma reunião de UBS. Não tinha como eu dirigir, sem saber como isso acontece. Então, eles deram todo o apoio que eu precisava e dirigiram essa primeira reunião. Agora já temos um calendário de agenda de reuniões gerais e cada reunião será dirigida por uma equipe diferente: ESF azul, ESF cinza, equipe da UBS, NASF e o pessoal da odontologia dirige junto com a sua ESF de referência. Eu vejo o NASF como apoio mesmo. Eles instruem e direcionam as ações das equipes, da UBS como um todo. Acho que esse é o papel deles.

Pesquisadora: O que você conhece sobre a Política Nacional de Saúde Mental? O NASF e essa política estão relacionados? Como?

Direção UBS 03: Eu vejo que tanto o terapeuta ocupacional, quanto a assistente social são bastante atuantes na saúde mental. É um trabalho que eu vejo ser feito em parceria entre NASF, as ESFs e a psicóloga da UBS. Eles fazem visitas, o pessoal do NASF faz capacitações, grupos. O meu contato com a política de saúde mental do município, anteriormente, foi apenas com os serviços

especializados, já que eu cuidava dessa questão na Secretaria Municipal de Saúde. Eu cuidava do gerenciamento de consultas para neuropediatra, psiquiatra e tive, por isso muito contato com o CISAM, mas não conheço a Política Nacional de Saúde Mental.

Pesquisadora: Você não conhece o movimento da Reforma Psiquiátrica ou a Luta Antimanicomial?

Direção UBS 03: Não. Ainda não. Quem sabe com o tempo, trabalhando aqui, vou ficar conhecendo.

Pesquisadora: Bem, como aqui na UBS, você mesma mencionou que o trabalho se faz por meio das equipes. O que é trabalhar em equipe para você?

Direção UBS 03: É trabalhar de acordo com as necessidades das áreas, trazendo os casos para serem discutidos por todos os profissionais, os quais devem atuar junto.

Pesquisadora: O que é saúde para você?

Direção UBS 03: É um meio de estar... é muito amplo... você precisa de vários profissionais para cuidar da saúde, porque saúde é tudo: corpo, alma, mente, questões sociais e cada pessoa tem uma vivência particular de saúde. Cada um sabe da sua dor. Então, é algo muito amplo.

Pesquisadora: As equipes da Atenção Básica, elas são denominadas Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Sendo assim, elas precisam trabalhar com famílias. O que é família para você?

Direção UBS 03: A família é sempre o nosso maior alvo e é algo muito complexo. Assim como a saúde, como pessoa tem a sua vivência particular. Temos que acolher famílias e pessoas de todos os tipos e trabalhar com elas a seu modo. O que eu vejo é isso. Vejo que as ESFs procuram trabalhar com cada uma delas em suas particularidades.

Pesquisadora: Tem mais alguma coisa que você gostaria de destacar sobre o seu trabalho, sobre o NASF, sobre a Rede de Atenção à Saúde de Maringá?

Direção UBS 03: Não. É só isso mesmo. Espero ter ajudado na sua pesquisa.

Pesquisadora: Eu agradeço a sua participação e disponibilidade. Muito obrigada!

ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

PROFISSIONAL DO NASF 01

Data: 10/04/2013

Pesquisadora: Aqui está a via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que ficará com você. Desde já, eu agradeço a sua contribuição com a pesquisa. Então, aqui pelo meu roteiro, eu gosto de começar pela sua formação e pelo seu tempo de trabalho como profissional da Educação Física.

Profissional do NASF 01: Bom, eu me formei em Educação Física em 2009 e já comecei a trabalhar em janeiro de 2009. Faz quatro anos que sou formada e venho trabalhando nessa área.

Pesquisadora: E como foi a sua inserção no mercado de trabalho, já foi logo no serviço público?

Profissional do NASF 01: Bem, foi até antes de entrar no NASF, né. Eu estava para me formar, quando surgiu um concurso para um Programa do Governo Estadual, chamado Programa Atitude. Eu passei e fui trabalhar em um município vizinho aqui à Maringá. Então, já me inseri no serviço público mesmo antes de me formar e fui me interessando por causas públicas, né? E com esse

serviço, eu tive a oportunidade de fazer uma especialização na universidade sobre Gestão Pública. Aí, eu fui me inserindo em outras áreas de questões públicas, né, não só Educação e Lazer, mas também relacionada à Saúde. E foi por meio dessa especialização que eu me envolvi um pouco mais com a Saúde Pública. Aí, aconteceu de ter o concurso para o NASF e eu prestei o concurso, passei e consegui entrar.

Pesquisadora: Então, já que estamos falando de formação, eu te pergunto: sua formação em nível de graduação já te dava um direcionamento para Saúde Pública?

Profissional do NASF 01: Para Saúde Pública, não. Eu me formei aqui pela Universidade Estadual de Maringá (UEM) e a formação em Educação Física da UEM está mais voltada para a Educação, né, área escolar, educação física escolar. Quando a pessoa tem interesse para a área da Saúde, acaba indo mais para a parte de academia, a parte de ginástica, recreação, a parte de centro esportivo, para essa parte de saúde voltada mais para instituição particular, não de Saúde Pública. Então, foi por meio mesmo da especialização e dos concursos que daí eu fui me interessando.

Pesquisadora: O Programa Atitude é um programa da área da Educação, não é?

Profissional do NASF 01: É.

Pesquisadora: E o concurso que você que acabou trazendo você para uma atuação no NASF era específico para desempenhar uma atuação no NASF?

Profissional do NASF 01: Era específico para trabalhar como educador físico do NASF mesmo.

Pesquisadora: E você fez com conhecimento sobre o que se tratava esse programa, com a intenção de trabalhar com Saúde Pública?

Profissional do NASF 01: Foi assim, a experiência vem um pouco por parte da minha mãe. A minha mãe trabalhou na Secretaria Estadual de Saúde, né, na 15ª Regional de Saúde daqui de Maringá. Então, eu tinha contato também com as questões da saúde. E por morar aqui próxima da Unidade, eu conhecia já um pouco da UBS 02, principalmente, pois eu moro aqui pertinho. Então, essa ponte de conhecer a Unidade e por minha mãe trabalhar na área de saúde, fez também com que eu tivesse vontade de entrar e trabalhar nessa área de Saúde Pública. E eu acho que, desde a faculdade eu fui seguindo esse caminho da Educação Física voltada para a área da saúde. Eu participava de projetos relacionados a pessoas portadoras de necessidades especiais, trabalhava com esse tipo de público e aí, lá em Sarandi trabalhei com criança vítima de algum tipo de violência, então, você acaba se envolvendo mais com essas questões de saúde, né? Lá em Sarandi, eu pude conhecer como funcionava a rede do município, quais as instituições e pude ter noção de como era um pouco do setor público, né... tanto da Educação, da Saúde, Assistência Social, conhecendo um pouquinho, né? E daí, por atuar na Educação e já ter conhecido um pouco essa área da Saúde, eu quis me inseri um pouco mais nessa área para poder conhecer como era esse serviço também. E entrando no NASF, eu fui criando gosto, né. Hoje eu falo que é onde eu tô e quero ficar um bom tempo ainda, por gostar dessas questões de Saúde Pública. Acho que foi daí que eu me encontrei dentro da Educação Física.

Pesquisadora: E como se organizam as suas ações no NASF?

Profissional do NASF 01: Eu procuro organizar a parte de Educação Física, a parte de atividades corporais e atividades físicas junto com as Equipes de Saúde da Família (ESF). Procurando qual é a demanda de cada equipe. Então, eu procuro, desde que quando a gente começou, já faz três anos que eu estou no NASF, desde a implantação dele, aí desde o começo a gente já se organizava para fazer reuniões com cada ESF. Então, nestas reuniões eu sempre buscava discutir a minha área, né? Perguntando para as equipes se tinha demanda para o desenvolvimento de atividade de práticas corporais, se eles viam a necessidade de fazer as ações de Promoção da Saúde e se eles viam na população também o interesse de praticar exercícios. E muitas equipes colocaram que havia interesse de tá implantando grupos de atividade física. Algumas equipes já tinham grupos, outras

não. Outras relataram que em outros tempos já haviam desenvolvido esse tipo de trabalho, mas que agora estava parado. E eu fui resgatando daí com cada equipe a necessidade de estar formando esses grupos.

Pesquisadora: Essa experiência que as ESF anteriormente já tinham desenvolvido foi por conta da contratação de algum outro profissional, foi por parcerias que elas fizeram? Você conhece essa história?

Profissional do NASF 01: Pelo que eles relatam anteriormente a ESF era mais voltada para a Promoção da Saúde, né? Então, eles faziam muitos passeios, grupos de caminhada, iam verificar pressão e glicemia desses grupos. Então, eles tinham as ações mais voltadas para a Promoção da Saúde acho que até para divulgar o programa, né. Isso foi logo no começo, quando surgiu aí a ESF. E foi acontecendo. Agora o motivo pelo qual eles pararam, eu não sei. Não tinha nenhum profissional da área de Educação Física trabalhando com essas equipes. Era uma iniciativa mesmo dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), das enfermeiras, do médico, de cada equipe.

Pesquisadora: Quais são as dificuldades que você tem encontrado para desenvolver essas ações junto às ESFs? Surgem barreiras e dificuldades?

Profissional do NASF 01: Então, as dificuldades são específicas de cada equipe, né. Como nosso NASF está vinculado a nove ESFs, não são nas nove que eu já consegui colocar alguma ação ou grupo de atividade física, né. Das que tem, cada uma já apresenta as suas características de dificuldades, que vão desde comunicação entre mim e as equipes, até para organização de algum evento, organização do grupo e eu sinto muito a dependência que as ESFs tem da minha pessoa para estar realizando essas atividades. Se eu não estou, dá impressão de que elas não acontecem de uma maneira boa, né? Porque eu escuto depois pelos usuários, que vem relatar que o grupo não foi tão bom, sem a minha presença. Então, uma grande dificuldade que eu colocaria aí é a dependência das equipes para que eu realize as atividades com eles. Aí, eu acabo saindo um pouco do foco de apoio matricial. Até antes de começar a desenvolver esses grupos que eu ajudei as equipes implantarem, antes de iniciar o grupo com a população, eu sentei com cada equipe e fiz a parte do matriciamento, né, explicando a parte de exercícios de alongamento, exercícios de fortalecimento muscular, a importância de fazer o exercício, os cuidados que tem que ter, quais as vestimentas adequadas, calçados, a importância da hidratação. Então, falei dos cuidados com a prática do exercício, né. Isso eu fiz com cada equipe que foi implantar o grupo. Depois, com o início do grupo é que as dificuldades acabam surgindo, né? E a dificuldade principal é essa dependência das equipes de que eu tenha que estar à frente do grupo ou sempre lá presente, pelo menos, ao lado das ACSs. Quem participa mais dessas ações são as Agentes de Saúde. E elas acabam ficando dependentes de mim para desenvolver as atividades.

Pesquisadora: Bem, pelo que você está dizendo, as parcerias que você consegue desenvolver em suas ações são com os colegas do NASF e com as ACSs. E quanto aos outros profissionais da ESF ou da UBS, eles valorizam o seu trabalho? Contribuem com ele?

Profissional do NASF 01: Eu sinto que eles valorizam, mas quem realmente está à frente dos grupos, dessas atividades de Promoção da Saúde são os Agentes de Saúde. A enfermeira, o médico e o auxiliar de enfermagem, geralmente eles estão junto quando tem alguma atividade de campanha, por exemplo: mês do idoso. Daí eles acabam participando de alguma ação preventiva que a gente faz dentro desses grupos, né. Mas quem tá ali toda semana, participando dos grupos de Promoção são os ACSs.

Pesquisadora: E com relação aos próprios profissionais que são aqui trabalhadores de saúde como você, surge à necessidade de você desenvolver alguma ação e atividade?

Profissional do NASF 01: Sempre que os profissionais vêm conversar ou pedir alguma dica, alguma orientação, eu acabo oferecendo informalmente, né. Não como forma de consulta, mas

como conversa mesmo. E nós desenvolvemos um projeto aqui nesta UBS que a gente chamava de "Grupo Equilíbrio". Desse grupo participavam profissionais que apresentavam alguma condição clínica diferenciada, por exemplo: sobrepeso, obesidade, hipertensão, diabetes, colesterol alterado. Então participaram os trabalhadores e eu e a nutricionista do NASF passávamos orientações para os trabalhadores, para os profissionais. E aí, teve o envolvimento de todas as categorias profissionais, desde profissionais da zeladoria, até médicos e enfermeiras. Este ano ainda não conseguimos retomar o trabalho do "Grupo Equilíbrio", porque estamos muito envolvidos com as oficinas de APSUS. Isso atrasa do trabalho da gente, né? Mas, esse grupo durou um ano e meio. A gente trabalha de 04 (quatro) a 06 (seis) meses, essa determinada orientação. Foram feitos três grupos. Nas UBSs onde não tem o grupo, eu acabo orientando quando o profissional me procura para perguntar alguma coisa.

Pesquisadora: Qual é a concepção que você está construindo a respeito do NASF?

Profissional do NASF 01: Bom, é bastante coisa, né? Conforme vão passando os anos, a cada dia, a gente vai aprendendo alguma coisa nova do que seria essa concepção de NASF. Mas eu penso que seja assim, uma equipe multidisciplinar, onde a gente objetiva principalmente o apoio às ESFs. Então, o conceito principal seria o apoio, né, dar a mão pra equipe e caminhar junto com ela para que ela desenvolva suas ações, principalmente no que elas têm mais dificuldade, no que elas trazem de demanda para nós. Outro conceito do que seria o NASF, seria a cogestão para a UBS, né. Estar junto com os gestores, desde o gestor municipal, até o gestor local, que seriam os nossos diretores, estar com eles apoiando-os para desenvolver, para que a UBS caminhe bem, né, caminhe corretamente. Então, outra ação seria a cogestão. O apoio e a cogestão e, acho que um terceiro ponto seria diretamente com os usuários, né, que nós também temos essa parte, que nem eu falei dessas ações dos grupos de atividade física, de participação nos grupos programáticos. Então, essa frente dos usuários também, né, estar orientando os usuários e auxiliando a equipe para desenvolver seus processos de trabalho também, né. Então seriam essas três pontes: apoiar a equipe, apoiar a gestão e os usuários.

Pesquisadora: Nessa equipe de NASF, tem alguma dessas frentes na qual você atua mais, outra que você atua menos? Como você avalia o desenvolvimento desses três pontos na sua prática?

Profissional do NASF 01: Eu, como Educadora Física, eu não me vejo só Educadora Física, eu vejo que eu tenho um pouquinho de cada profissional dentro de mim. A gente acaba trocando muita experiência, né e acaba atuando interdisciplinarmente. Então, nós temos aqui a Rede de Apoio e Prevenção à Violência. Eu me sinto um pouquinho de Assistente Social quando a gente frequenta essas reuniões da Rede de Violência, para discutir alguns assuntos. Em frente aos usuários, é mais o apoio e desenvolvimento de ações específicas da Educação Física mesmo, a orientação, né, dos exercícios e importância da prática deles para melhorar a qualidade de vida desses usuários. A parte de gestão, aí acaba envolvendo mais... deixa eu pensar o que eu vou falar... a parte de gestão, a gente acaba sendo um pouco mais gestor também, junto com o diretor da UBS. Aí, eu até esqueço que eu sou Educadora Física, né? Você parte mais para a administração dos problemas, para a resolução dos problemas que envolvem os processos de trabalho da UBS, né, daquilo que acontece aqui no dia-a-dia, o que a gente pode melhorar... discutir junto, né, estar ali junto apoiando. E a parte das ESFs, vai de acordo com a demanda das equipes, né, do que elas trazem para nós, ou o que a gente troca de experiência com elas. Aí entra mais o profissional da Educação Física mesmo. A minha parte na Educação Física, é bem dividida. Eu vejo isso, se for dividir por percentuais, eu diria que esses três pontos de ação tem o mesmo percentual. Porque, no período da manhã, pensando numa semana, no período da manhã, até umas 9 horas, eu geralmente estou com os usuários, nos grupos de caminhada, grupo de atividade física, hiperdia, grupo de gestantes... então,

estou com os usuários. Aí, do meio da manhã e período da tarde, ou eu estou em reunião de equipe ou estou em reuniões de gestão da UBS. Então, na minha área, eu vejo que eu me divido bem nesses três pontos, eu equilibro bem, tanto com os usuários, como com a equipe e com os demais profissionais.

Pesquisadora: E em relação à Saúde Mental, você a observa presente transversalmente no seu trabalho? No que você poderia dizer que o seu trabalho contribui para a Saúde Mental?

Profissional do NASF 01: Bem, com relação à Saúde Mental, na parte do usuário, a gente tenta inserir esses pacientes de Saúde Mental nos grupos. Em todos os grupos eu procuro estar sempre andando com um ou outro usuário para conversar sobre os problemas dele do dia-a-dia, investigando, né. E aqueles que a gente observa que tem já alguma coisa diferente, algum problema de Saúde Mental, ou relata que faz uso de algum medicamento, ou que é depressivo, se tem algum transtorno, alguma coisa, aí a gente dá uma atençãozinha melhor, ali durante o grupo, né? Então, a gente tenta inserir eles nas atividades físicas, né, nos grupos das equipes. Em relação à Saúde Mental do trabalhador, aí entra também a parte em que você me perguntou se eles vêm me perguntar alguma questão do exercício, né? Acaba ajudando também na qualidade de vida dele, na Saúde Mental do trabalhador. A gente sabe que a prática do exercício físico contribui para a Saúde Mental, porque melhora a autoestima, melhora o desenvolvimento físico, psicológico, social, né, distrai fazer exercícios com outras pessoas, motiva, né? Então, essa parte mental da pessoa que também acaba sendo beneficiada pelos grupos de atividade física. E a parte da gestão relacionada à Saúde Mental, é mais esse apoio, né, que a gente dá para a gestão. Acho que é isso.

Pesquisadora: Você tem alguma leitura sobre a Política de Saúde Mental?

Profissional do NASF 01: Então, a hora que você me fez a outra pergunta eu pensei: "Nossa, nunca parei pra pegar ler, nunca tive contato com textos da Política de Saúde Mental". Então, eu nunca li nada.

Pesquisadora: Existe um movimento que acompanha a Política Nacional de Saúde Mental Brasileira que se chama Movimento da Reforma Psiquiátrica e junto a ele tem um movimento social muito conhecido entre os que convivem com o tema da Saúde Mental que se chama Luta Antimanicomial. Você já ouviu falar desses dois movimentos? O que você sabe dessa trajetória?

Profissional do NASF 01: Eu já ouvi falar sim. Na verdade, assim, a fundo eu não sei te dizer o que é, o que seria. Mas nós temos, todos os anos, a semana de Luta Manicomial, onde a gente desenvolve ações para falar da importância desse dia, que seria a retirada, a saída das pessoas da institucionalização, né, dessas pessoas ficarem fechadas. No ano passado mesmo, eu me lembro que teve lá na Prefeitura e nós fizemos uma atividade recreativa com alongamento e exercícios e depois saímos para fazer uma caminhada lá no centro, relacionada a essa Luta Antimanicomial. Aí foi legal que misturou a população, os idosos, os grupos de todas as idades, juntaram-se todos com o pessoal da casa terapêutica, é casa terapêutica? **[Residência Terapêutica].** Isso, da Residência Terapêutica. Juntou o pessoal dos CAPS, CAPS Canção e foi super legal a integração que teve entre a população e essas pessoas que ficam ainda sendo institucionalizadas.

Pesquisadora: O NASF acaba sendo solicitado pelas ESFs a dar apoio no desenvolvimento de ações de assistência para as pessoas que são egressas de Hospital Psiquiátrico, para as pessoas que têm sido atendidas em CAPS? Como tem sido isso? Como chega essa demanda para vocês?

Profissional do NASF 01: Para mim, da Educação Física, essa demanda não chega, assim, diretamente. Nenhuma ESF chegou a passar diretamente nenhum caso, que eu me lembre, de um paciente que precisa de uma atenção, alguma coisa assim. Eles me convidam para participar dos grupos de artesanato e grupos de convivência, onde eles inserem esses pacientes, né. Geralmente,

nesses grupos, o foco é o paciente com algum problema de Saúde Mental ou para prevenir problemas de Saúde Mental. Aí eles me chamam para participar desses grupos. Mas de um caso específico para atendimento, ou vista domiciliar, nunca me pediram. Mas eu sei que tem também a Contra referência do Hospital Psiquiátrico e da Emergência Psiquiátrica do Hospital Municipal. Então, chega a contrarreferência, né, chega por e-mail especifico para a Psicóloga do NASF e ela faz essa parceria com as ESFs para o acompanhamento. Então, o paciente recebeu alta, vem a contrarreferência e ela passa para as equipes para estarem indo fazer visita e acompanhar o paciente.

Pesquisadora: Com relação à Atenção Psicossocial, qual é a sua concepção de Atenção Psicossocial?

Profissional do NASF 01: Acaba misturando tudo isso que eu falei, né? Envolve a inserção e não só a inserção de uma pessoa que já tenha algum problema de Saúde Mental, mas também a prevenção. Então essa atenção é tudo isso. É inserir ele em grupo, acompanhar em visita domiciliar, acompanhar o paciente no dia-a-dia, orientar a equipe para que a equipe faça esse acompanhamento, né, mais próximo do paciente. Acaba misturando com tudo isso que eu já falei.

Pesquisadora: Quais dispositivos você sabe que fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial de Maringá?

Profissional do NASF: Eu penso que rede seriam todos os pontos que atendem a esse paciente. Então, o que eu me recordo, eu diria que faz parte dessa rede desde aqui da ponta, que é a UBS, que é porta de entrada, né; aí tem as outras instituições que também são porta de entrada, né, os CAPS: o CAPSad, CAPSi, CAPS II que é o CAPS Canção; as Casas Terapêuticas e os Hospitais também, né, o Hospital Psiquiátrico e o Hospital Municipal. Quando nós entramos no NASF, na primeira semana foi feita uma capacitação. Nessa capacitação teve um momento específico para conhecer a rede do município. Então, nós fomos passando por todos os setores, para conhecê-los, não só da Atenção Psicossocial, né, mas de toda a Rede de Saúde de Maringá.

Pesquisadora: Como você concebe trabalho em equipe?

Profissional do NASF 01: Trabalho em equipe?... é difícil explicar, mas espera aí... (Risos). Ah, é onde uma acaba ajudando o outro. Seria todos os profissionais se envolverem para conseguir atingir um objetivo em comum, alcançar determinada meta, trabalhando para que o trabalho tenha resolutividade. Ou que estejam juntos para um apoiar o outro. É isso.

Pesquisadora: Como você compreende saúde, doença, cuidado? Na verdade, assim, qual é a sua concepção de saúde?

Profissional do NASF 01: Quando eu penso em saúde, eu penso no bem estar físico, mental, social, tudo o que envolve o ser humano. Não só o estado de doença, mas também o estado de saúde, de prevenção para que o adoecimento não venha acontecer. Mas não que ele não tenha alguma enfermidade, seria uma saúde boa e uma saúde ruim. Tem esse lado bom e ruim da saúde. Nós que estamos em uma instituição de saúde, temos que pensar nos dois lados, né, tanto na prevenção do agravo à saúde, quanto na promoção dela também. Para que ela se desenvolva bem, para você tenha condições boas de saúde para viver o dia-a-dia, com qualidade de vida, bem estar, né? E aí, em todos os aspectos: físico, mental, social, no convívio com outras pessoas, um bem estar geral, né.

Pesquisadora: E aqui você trabalha com dois programas, né, em que um você é membro dele e o outro você é apoiadora dele. Um é o Núcleo de Apoio à Família e o outro é a Estratégia Saúde da Família. Então, são dois programas do Ministério da Saúde que nominam a família. Qual é a sua concepção de família? Como você concebe a família brasileira, essa família que é assistida por esses programas?

Profissional do NASF 01: Bom, a família me remete a todos os ciclos de vida, desde a gestante, a infância, adolescência, o adulto, o idoso, todos os ciclos de vida, né. E independente de sua

formação, desde aquela tradicional, formada por pai, mãe e filhos, até as que nós temos hoje em dia, né, de mulher com mulher, homem com homem, diferentes relações e agrupamentos familiares que nós temos hoje em dia. Nós temos que trabalhar com todos eles, independente de qual for. Eu falei da Rede de Violência, né? A gente vê que as famílias hoje em dia estão muito desestruturadas, né, precisando de um apoio, de um apoio para que ela conviva melhor. A gente vê que tem diferentes formações familiares. Acho que é isso.

Pesquisadora: Você acha que as ações desenvolvidas na Saúde vão ao encontro da família brasileira, contribuem com a família brasileira e de que maneira?

Profissional do NASF 01: Eu acho que sim, por meio dos grupos programáticos, né, grupo de hiperdia, grupo de saúde mental, puericultura, gestantes, então acaba abrangendo todos os ciclos de vida. Mas ela não atende apenas aquele que procura a UBS. Por exemplo, uma criança obesa que é atendida por determinada equipe. Por que ela é obesa? Não adianta resolver só aquela causa. Ela é obesa porque provavelmente a família também estimula aquele hábito de vida, né, o sedentarismo ou a má alimentação. Então, tem outros aspectos envolvidos, relacionados à família. Então, essa equipe terá que fazer um trabalho não somente com a criança que está obesa, mas com toda a família: com o pai, com a mãe, com a avó, com a pessoa que cria essa criança para estar melhorando os aspectos familiares, né, a condição da família para que a condição da obesidade seja resolvida naquela criança. Então, não é só a criança que a gente olha, é a família toda. Eu vejo que no trabalho das ESFs, elas fazem muito isso. Não é só o indivíduo que procura a UBS, eles olham a família toda, como um todo para o acompanhamento, para o atendimento.

Pesquisadora: Tem mais alguma coisa que você gostaria de destacar sobre o seu trabalho, sobre o NASF, sobre a Rede de Saúde de Maringá?

Profissional do NASF 01: Olha, agora, não me vem mais nada na cabeça... acho que é isso mesmo.

Pesquisadora: Quero agradecer sua participação, desde sempre, desde o início da realização da pesquisa, pela disposição e pelo acesso e acolhida à pesquisa. Muito obrigada!

PROFISSIONAL DO NASF 02

Data: 11/04/2013

Pesquisadora: Bem, você já assinou e já recebeu a sua via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e eu tenho aqui um roteiro para a entrevista, mas a gente pode ir conversando sobre os assuntos, porque é uma conversa mesmo, em que a gente vai transitando aqui por coisas que tem a ver com a sua inserção nesse serviço, sua experiência profissional e a própria questão focal da pesquisa que envolve os aspectos da Saúde Mental. Eu gostaria que a gente começasse falando dessa sua experiência profissional, da sua trajetória. Quanto tempo de formação você tem? E como foi a sua inserção, nessa trajetória profissional, no NASF?

Profissional do NASF 02: Bom, hoje eu estou com quatro anos de formada, o NASF foi o primeiro emprego na área, antes eu não tinha experiência e o concurso, a notícia do concurso apareceu ainda na faculdade. Eu estava encerrando a faculdade e estava iniciando a pós-graduação. Então, os professores informaram que iria ter concurso para a Prefeitura de Maringá, tanto para estatutários, quanto para celetistas, eu fiz os dois concursos. Para o concurso estatutário, a minha colocação não foi muito boa e no concurso do NASF, eu tinha uma chance de entrar. Então, do tempo que eu fiz o concurso, até me chamarem, foi um ano, quase um ano certinho. Então, quando eu entrei no NASF, o NASF em Maringá estava completando um ano de existência. Eu vou completar dois anos de NASF em junho deste ano.

Pesquisadora: E você já tinha interesse pela área da Saúde Pública durante a graduação?

Profissional do NASF 02: Agora você tocou em um ponto interessante, porque durante a graduação a gente tinha como ponto mais forte na universidade a parte clínica, com foco em atendimento individualizado, clínico e o trabalho em unidades de alimentação, né, que seriam os restaurantes industriais, né, esse era o foco da graduação... a formação foi essa. Então, a Saúde Pública a gente não viu muito. Viu, mas viu o Sistema Único de Saúde (SUS) e não chegou a aprofundar e nem ver os programas, só ficamos sabendo que existia a Estratégia Saúde da Família e, na época, não tinha NASF ainda. E durante os estágios, eu cheguei afazer um estágio em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Como não tinha um profissional Nutricionista na rede, não tinha na UBS, só tinham os estagiários, quando eu entrei para atuar durante dois ou três meses, foi difícil achar uma brecha para estar atuando dentro da UBS. A gente tinha resistência dos Enfermeiros, dos Agentes Comunitários de Saúde em relação ao estágio. Mesmo porque dá pra entender, né? Entra um estagiário que fica uma época. O grupo de estágio só fica três meses, começa um trabalho, não finaliza, sai e aí entra outro pra começar tudo de novo. E, na época, o grupo de estágio anterior, trabalhou mais com consulta individualizada e a proposta do nosso grupo foi fazer atendimentos em grupo, trabalhar no hiperdia e aí a gente não teve abertura para trabalhar no grupo. Eles queriam que a gente fizesse atendimento individualizado. Então, a gente teve um pouco dessa barreira. Quando a gente terminou o estágio, a gente não tinha conseguido fazer muita coisa, a gente tinha feito só uma visita com ACS, não conseguimos acompanhar nenhum médico, nem enfermeiro, conseguimos fazer só um trabalho em um hiperdia, no qual a gente só falou do uso do sal e do açúcar e eu saí sentindo que faltava muita coisa, que não foi o melhor estágio que eu podia ter feito. Então, quando eu saí de lá, eu pensei: "Acho que a Saúde Pública não vai ser minha praia". (Risos). Mas, isso, pela resistência. Porque todos os lugares tiveram resistência quando a gente foi fazer o estágio, nos restaurantes também teve, na clínica também. Mas, ali na UBS foi onde a gente encontrou maior barreira. Pelo menos, o meu grupo de estágio, né. A direção da UBS queria que nós trabalhássemos, mas dentro do processo de trabalho das equipes, a gente não conseguia se inserir. Depois que eu entrei pro NASF, que eu tive uma visão melhor, que abriu meu entendimento, né? Porque a gente, na ânsia de estagiário, quer trabalhar e fazer aquilo acontecer. Então, a gente não vê que cada existe um processo, que cada equipe trabalha de uma maneira, que os grupos de hiperdia são diferentes e que nem todos os grupos de hiperdia dariam para trabalhar aquela educação em saúde. Então a gente sabe que tem que se planejar, que tem que se adaptar àquela realidade. E pra conhecer aquela realidade precisa de chão. Porque, quando eu entrei no NASF também, tinha saído uma nutricionista que estava com alguns trabalhos iniciados e eu entrei meio que, primeiro emprego, não sabia dos trabalhos que ela tinha e ela tinha um relacionamento bom com as equipes, né. Então, quando eu entrei no NASF, as Equipes de Saúde da Família (ESF) também tiveram resistência a mim. Eu senti. Então, demorou uns seis meses daquele ano para eu me entrosar com as ESFs, para descobrir o que que tinha e que estava inacabado e o que eu podia retomar e, enquanto isso, eu fui tentando iniciar outros trabalhos com as ESFs que tinham mais abertura.

Pesquisadora: E quando surgiu o concurso público para trabalhar na Saúde Pública, mesmo não tendo tido uma boa experiência de estágio, você fez o concurso. Então, você fez o concurso querendo que desse certo? Qual era a sua expectativa inicial?

Profissional do NASF 02: na verdade, eu me formei e não tinha expectativa de emprego, né? Eu mandei muitos currículos, cheguei a fazer entrevistas, mas nada era certo. Então, o concurso, eu meio que eu fiz pra... eu não sabia se ia passar ou não, então seria um "seguro". Eu fiz os dois concursos, o do NASF eu fiz, mas foi durante o período que eu estava estudando para o concurso que eu fui ver que era um programa novo, que a portaria tinha acabado de sair. O interesse surgiu,

na verdade, depois que eu já estava inscrita pro concurso, já estava estudando, para saber o que era. Mas, antes disso, eu fiz a inscrição no escuro. Depois é que eu fui me informando melhor.

Pesquisadora: E hoje, você faria a mesma escolha, sabendo como é o trabalho do Nutricionista no NASF? Hoje você olha para trás e diz: "Puxa, que bom que eu fiz esse concurso"? Qual é o seu nível de satisfação?

Profissional do NASF 02: Eu acho que eu faria tudo de novo. Porque é um trabalho pioneiro, é uma portaria nova. Lógico, eu não entrei com a primeira turma, mas não tem ainda nutricionista na rede, então, a única Nutricionista que tem á a Nutricionista do NASF. Tem uma Nutricionista na Secretaria Municipal de Saúde, mas não nas UBSs, fazendo atendimento. Não tem ambulatório de nutrição, então, também foi uma forma de abrir o campo para a nutrição. Então, eu acho que é um trabalho bacana. A gente consegue hoje, tem uma abertura com as equipes. Hoje a gente trabalha com os grupos, faz o trabalho de prevenção e promoção, que é a proposta do NASF e tem outras diretrizes dentro do NASF, também, que a gente trabalha. Então, o serviço não tem uma rotina. Seria diferente se você fosse trabalhar só com a parte clínica. Em restaurantes industriais teria uma rotina que nós não temos. Então, a gente tá sempre em movimento, sempre conversando com as ESFs, com pessoas novas. Mesmo que a gente faça o mesmo trabalho todos os anos, eles nunca vão ser iguais. Então, eu acho que é um trabalho que valeu a pena. O meu pensamento é prossegui no NASF, porque eu ainda não consegui me inteirar de tudo. Já são dois anos de trabalho e eu ainda não sei de tudo. Ainda estou aprendendo, tem umas equipes que eu ainda não consegui chegar. Porque, como eu cheguei agora, as ESFs que abriram mais as portas foram onde eu trabalhei mais. São nove ESFs. Então, tem algumas que ainda não estão tão próximas, ainda não tem tantas atividades em nutrição como eu gostaria. Então, para os próximos dois anos, eu ainda tenho um trabalho de estar pensando em reavaliar essas questões.

Pesquisadora: Bem, na sua fala você citou algumas das ações que você vem tentando desenvolver. Você poderia falar mais sobre essas ações que você tem buscado desenvolver ao longo desses dois anos de NASF?

Profissional do NASF 02: Logo que eu entrei, já existia um trabalho e que a gente manteve, que foi um dos trabalhos que a nutricionista anterior começou e eu consegui manter, que era o "Grupo Equilíbrio". Um grupo voltado para a Saúde do Trabalhador. Ele era realizado na UBS 02, fora do horário de trabalho, com um grupo de funcionários e a gente fazia a educação em saúde para controle de peso também, mas o maior foco era na qualidade de vida. Então, como o NASF é uma equipe multidisciplinar, a gente conseguia que vários profissionais estivessem ali, passando a sua visão, conversando com os trabalhadores da UBS, sobre a qualidade de vida, sobre os objetivos deles, né, a gente tentou abrir a discussão, porque inicialmente, o objetivo era sempre perder peso. Mas, a gente tentou abrir o leque para que eles não vissem só a perda de peso, né? Incialmente, era só a Educadora Física e a Nutricionista do NASF que tocavam o grupo, no primeiro ano foi assim. Daí, depois, quando eu entrei a gente foi buscando abrir para a Psicóloga e para os Terapeutas Ocupacionais do NASF também participarem, né, para a gente tá abrindo mais o leque. Depois, para controle de peso, eu não abri nenhum grupo para tocar. Porque, esse NASF é quem dos únicos que não tem, eu acho. Tem só mais um que não tem o grupo "Controle de Peso". Porque eu achei que... tem a população, eu acredito que tem a população que tem essa necessidade do grupo do controle de peso, mas as ESFs teriam que abraçar isso também, né? Seja fazendo os convites, ou participando da construção do grupo, né, eles teriam que participar disso. E quando eu entrei, já tinha os outros grupos que já estavam em funcionamento e eu procurei me encaixar nesses grupos, não formar um grupo meu, que eu fosse tocar. Eu procurei os grupos já existentes para fazer essa parte de educação em saúde. Então, nos grupos de hiperdia, nos grupos de puericultura, de gestantes - que era o nosso forte, era o grupo que a gente mais investia, mais do que no grupo de hiperdia e

puericultura. Daí, eu fiz participações também no grupo de cuidadores, passando orientações para o cuidado com os pacientes que tem Alzheimer, tirei dúvidas. Então, os trabalhos em grupo seriam esses. Eu não tenho grupos de controle de peso. Faço mais orientações dentro dos grupos existentes para matriciamento e capacitação do servidor, tem um sistema de vigilância de nutrição, que é o SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional). Dentro desse sistema, a gente teria que lançar o acompanhamento nutricional: peso, altura, circunferência abdominal, ou de cintura e o consumo alimentar. Então, eu peguei o instrutivo do programa e repassei para as ESFs. Então, nas reuniões com ESFs, ou quando não dava para encerrar o assunto na reunião de equipe, eu marcava um dia a mais para estar discutindo o lançamento no SISVAN, falando a importância, da periodicidade que tinha que ter, e discutindo as responsabilidades, né, de quem era a responsabilidade dentro da equipe, de estar fazendo o lançamento.

Pesquisadora: O SISVAN se alimenta com dados de todas as famílias cadastradas, como é isso?

Profissional do NASF 02: O SISVAN, na verdade, deveria ser alimentado por todas as pessoas que vem pra UBS e é pesada e é medido à altura, devendo esses dados serem lançados no sistema. Só que hoje a gente não tem "perna" para isso. Então, uma maneira que a gente encontrou de atingir as faixas etárias diversas da população e ainda cumprir uma das metas do Ministério da Saúde (MS), foi vincular ao Programa Bolsa Família (PBF). Então, no PBF, eles já vêm para pesar, já vem para fazer o acompanhamento nutricional e o que a gente inseriu foi o consumo alimentar, né, então atinge os idosos, as crianças, os adultos, os adolescentes, todos... a família, né, que vem para a pesagem. E, depois, aos poucos, a gente foi tentando que as ESFs fossem expandindo para outros lugares. Então, daí, depende de UBS para UBS. Hoje, agente atende três UBSs. Aqui na UBS 02, eles já faziam só a pesagem, eles não faziam consumo alimentar. Quando eu entrei, eu passei isso para os integrantes das ESFs, para eles estarem introduzindo o consumo alimentar. Na UBS 01, eles já faziam, inclusive com consumo alimentar, nos hiperdias, no PBF, na puericultura, eles já passavam por todos os grupos programáticos. Eles já faziam isso: acompanhamento de peso, altura, circunferências, com consumo alimentar e já lançavam no SISVAN. Lá, eles já eram mais estruturados. Então, a única alteração que eu fiz lá, esse ano, foi pedir que eles cadastrassem as gestantes. E a UBS 03 que é uma unidade nova, constituída por equipes que saíram da UBS 02, eles seguiam o mesmo esqueminha da UBS 02. Era só o peso e altura e eu tentei introduzir o consumo alimentar, conversei com as enfermeiras para estarem fazendo também nas e gestantes, porque o sistema, ele é um pouco divagar na hora de lançar. E lá, a dificuldade deles é que não tem ainda os equipamentos de informática. Aqui, quando eu entrei, não tinha computadores. Tinha, mas eles estavam dentro das caixas, porque UBS 02 estava em reforma. Então, eles ficaram um ano ou mais com poucos computadores para fazer o lançamento. Então, os números eram mais baixo mesmo. Mas depois que veio a instalação dos computadores, a gente deu uma reforçada para eles estarem lançando também. E lá na UBS 03, a gente sempre reforça, não tem muitos computadores, mas coleta a informação e naquele momento que estiver mais tranquilo, vai lá e lança no SISVAN. Porque dá para lançar os retroativos no SISVAN, não precisa ser no dia, no horário. E na UBS 01, como lá eles já tinham os computadores, eles faziam tudo no papel para ser mais rápido, só que hoje eles já estão tentando lançar direto no sistema. Então, eles já abrem o sistema e já lançam tudo na hora, porque eles têm essa possibilidade. São mais estruturados, é uma UBS menor e então lá eles conseguem fazer isso, e acho que por ser menor, eu acho que eles têm um jeito de se organizar, acho que diferente. A UBS 02, por ser muito grande, eu acho que dilui um pouco o serviço.

Pesquisadora: Você tocou em três pontos nas ações do Nutricionista, que acabam entrando na sua intervenção dentro do NASF: a saúde do trabalhador, a educação em saúde nos grupos de promoção e prevenção existentes e o matriciamento das ESFs para acompanhamento

nutricional da população, utilizando o próprio recurso do SISVAN, não é? E, uma vez em que eu estava fazendo observação participante em uma reunião de NASF com uma ESF, eu me lembro da equipe ter solicitado a realização de vista domiciliar para orientação e dispensação nutricional. Então, vocês também fazem atendimento direto à população?

Profissional do NASF 02: Fazemos também o atendimento, tanto clínico e individual na UBS, como a visita domiciliar. Não é o foco principal do NASF, mas caso a equipe avalie que tem essa necessidade, né, a gente pode tá indo fazer. Ah! E uma outra coisa que eu não falei também, foi das atividades pontuais de promoção, que daí a Prefeitura, a Secretaria Municipal de Saúde tem umas datas: mês do idoso, mês da mulher... E nessas datas, a gente tenta fazer alguma coisa para chamar mais a atenção da população e para quebrar um pouco da rotina do atendimento da UBS, né? Então, no mês do idoso, a gente faz passeios, faz café da manhã, tem a apresentação de uma mesa de frutas e faz a parte de educação em saúde, mas com um foco maior... eu acho que é mais fácil do que você trabalhar em uma sala de espera. As pessoas estão mais dispostas a ouvir, do que na sala de espera. Eu também faço trabalhos de orientação em sala de espera, em coleta de exames preventivos, conforme a demanda da equipe, a gente vai se organizando para estar suprindo as necessidades. Na verdade, nosso trabalho maior, além da promoção e da prevenção em saúde, deveria ser mais matriciamento. Só que para gente conseguir fazer o matriciamento, a gente precisava das equipes completas. Porque se as equipes têm gente faltando, fica complicado a gente repassar as informações. Na hora do repasse, o objetivo é que depois das orientações, eles consigam ir fazendo sozinhos as atividades, seguindo as orientações. Então, no matriciamento, faria as orientações para eles fazerem a pesagem, o acompanhamento do consumo saudável, para eles fazerem isso sozinhos depois, alimentando o SISVAN e para ir orientando o paciente, né? Na hora que fez o consumo alimentar e que viu que o paciente tá acima do peso, ou tá abaixo do peso, o paciente já deve sair orientado para uma alimentação saudável. Só que a gente também não pode exigir isso, se a equipe tiver incompleta. Então, quando a ESF não está tão completa, a gente tenta cercar mais a equipe. Se eles pedirem para a gente fazer uma coisa que não é tão da área, mas que é da necessidade, a gente avalia e faz. Também a gente tem que entender a dificuldade deles, né? Então, se eles não estão completos, a gente também não está completo. A ação de matriciamento agora não está acontecendo muito porque estamos dedicados ao APSUS. Temos que apoiar as equipes no desenho do novo fluxograma. Mas depois, precisamos retomar nosso trabalho.

Pesquisadora: Certo, então esse é um ponto de dificuldade que você coloca: a existência de ESFs incompletas. O outro ponto de dificuldade que você colocou, foi a resistência que você ainda encontra ao trabalho do Nutricionista por parte de algumas ESFs.

Profissional do NASF 02: Eu acho que a resistência é ao trabalho do NASF no geral. Porque assim, eu encontro dificuldades em algumas ESFs. Mas tem outras equipes que é o Educador Físico que encontra dificuldades, outras é o Psicólogo, sabe? Então, eu acho que é uma coisa mais geral. Mas, normalmente, aquela ESF que é mais aberta para um profissional, ela é aberta pra todos. E aquela que tem resistência, pra um, ela tem resistência para todos. Eu não sei se é pela nossa forma de chegar, ou se é pelo jeito que a gente já tá trabalhando hoje. Esse ano, na verdade, foi o ano que a gente mais fez reavaliação de trabalho, dos nossos processos de trabalho em cima das ESFs. Porque a gente passou por uma fase em que os médicos saíram das equipes, então, tem equipe sem médico, tem equipe sem auxiliar de enfermagem, tem equipe sem ACS. Então, conforme eles foram perdendo os funcionários e foram ficando incompletos, a gente também foi tentando reavaliar, para ver no que a gente podia ajudar nessas ESFs. E também para não deixar elas: "Ah, porque elas não estão completas, a gente não vai trabalhar com elas. Só vamos trabalhar com quem tá completo". Não! Então, pra gente não fazer isso, que a gente fez essa reavaliação. Então, como meta para esse ano de 2013 a gente colocou: participar das reuniões de ESF, pelo menos o maior número de

integrantes do NASF participar das reuniões de equipes e isso, a gente não vinha conseguindo muito, porque a demanda também cresceu para o nosso trabalho. Porque é saúde da família, né? E é apoio. Quando fala de apoio, ele é muito amplo. Ele não é apoio em uma fase. Se for parar para analisar o caderno de saúde do NASF, ele abre infinitas possibilidades. Então, nesses trabalhos que a gente faz, a agente não consegue trabalhar em todas as diretrizes, não tem "perna" para fazer tudo isso. Então, acabou que apareceram outras questões, outros cursos... daí, teve um curso grande do Estado que é o APSUS (Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde do Estado do Paraná). Então, nós fomos absorvidos pelo APSUS, como facilitadores, para auxiliar no repasse das informações, o que é papel do NASF, por ser matriciamento e apoio. Então, isso também dificultou um pouco mais a nossa rotina com a ESF. A gente mantém a nossa rotina do NASF, né, com o matriciamento, mas pontualmente com a equipe, a gente não consegue chegar na equipe e fazer a reunião que a gente fazia antes. As ESFs também aderiam ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Para isso, a gente também teve que dar um apoio maior para essas ESFs. Então, foram aparecendo alguns programas, algumas atividades muito importantes, né, e a gente acabou visando mais, dando mais atenção para eles, do que para o trabalho local. Seria trabalhar a parte mais ampla, mais geral e deixamos um pouco o pontual.

Pesquisadora: Então, esta seria uma terceira dificuldade apontada por você: o fato da proposta de trabalho do NASF ser bastante ampla, acaba dificultando o trabalho e o alcance de execução das diretrizes?

Profissional do NASF 02: Isso. A gente tenta abranger o máximo possível, mas... e eu acredito que isso também seja reflexo do trabalho da ESF, porque o leque deles também é grande. Eles não são uma especialidade que atende uma população. Como eles tem que atender a gestante, a criança, o adolescente, o adulto trabalhador e os idosos, eles também abrem um leque enorme de trabalho. Eles têm a parte assistencial, eles têm a parte de prevenção e promoção. Então, nós, como apoio a eles, nós também temos. O nosso trabalho é reflexo do trabalho deles. Se eles estão bem, nós estamos bem. Uma ESF que consegue pontos de trabalho, mais diretrizes, normalmente, a gente consegue atingir o desenvolvimento de mais diretrizes nessa equipe.

Pesquisadora: Dessas ações que você foi pontuando que o NASF desenvolve e que o Nutricionista faz dentro do NASF, o que você vê de trabalho de Saúde Mental nelas?

Profissional do NASF 02: O trabalho do Nutricionista, pelo menos o meu, está sempre voltado para a obesidade e para a parte de visita domiciliar. É mais nesse sentido, se for parar para analisar nutricionalmente. Porque a parte de PMAQ e APSUS é geral, a gente nem trabalha nada da parte de alimentação... nada, né? Mas os dois que eu citei como focos do meu trabalho são muito ligados à Saúde Mental. Eles sempre acabam trazendo: "Ah, eu como por ansiedade". Então, eles sempre acabam trazendo alguma justificativa emocional para aquele problema. Então, tem a parte de Saúde Mental ali envolvida. Tem a parte da visita domiciliar, que a gente encontra um paciente acamado, com uma família que não estava preparada para receber eles. Então, a gente encontra um paciente deprimido, em uma família deprimida. E a gente quer cobrar dessa família que ela faça o melhor cuidado para esse paciente acamado, mas a gente também tem que entender que essa família também precisa de cuidado. Então, a Psicóloga do NASF abriu um grupo para estar cuidando desses cuidadores e a gente, por não ter aberto o grupo de controle de peso, participa desse grupo e do grupo de saúde do trabalhador (que este ano a gente ainda não retomou, devido à demanda do APSUS e do PMAQ), mas a gente acaba participando desses grupos para conversar. E mesmo que o tema daquele encontro seja alimentação ou perda de peso, a gente pergunta como foi o dia, como foi a semana que passou, porque eles precisam dessa parte também. Se a gente identifica alguma coisa que a psicologia trabalharia melhor, aí a gente convida e conversa pra tá... mais assim, dá

minha parte para a Saúde Mental, eu me sinto assim, um pouco despreparada para isso. Eu estava até comentando com a outra nutricionista do NASF, que eu preciso fazer uma pós-graduação em Psicologia, para estar entendendo melhor. A gente sai da faculdade com uma visão muito fria das coisas, né? A gente aprende sobre a alimentação e sabe o que a pessoa tem que fazer. Agora, como ela tem que fazer para se reestruturar para estar seguindo aquelas orientações, eu acho que faltou um pouco esse entendimento em Saúde Mental. Para mim, também foi um aprendizado muito grande quando eu entrei, porque a Psicóloga do NASF estava fazendo uma capacitação grande em Saúde Mental, com todas as ESFs que a gente atendia. Então, foi o meu primeiro contato com a Saúde Mental de fato, para entendimento do que é um paciente com depressão realmente... porque a visão que a gente tem as vezes também é errada do paciente que tem a depressão... e, entre outras doenças, né? Mas... na verdade... acho que foi aqui que eu tive esse conhecimento.

Pesquisadora: E você conhece o Movimento da Reforma Psiquiátrica, a proposta de modelo da Atenção Psicossocial?

Profissional do NASF 02: Eu já ouvi falar e a Psicóloga sempre está falando pra gente, né, mas ler a proposta, eu não li, sério... mas eu sei que ela existe e que nós é que tentamos fazer pra que a família tenha um cuidado, não institucionalize. Nós procuramos estar orientando a ESF sempre nesse sentido. Porque a gente vê a angústia da família também. É muito grande. E, não para todas as famílias, mas para algumas das famílias, eles só vêm como única saída institucionalizar. Então, a gente tentar fazer um trabalho com a ESF para na hora da orientação da equipe à família, que não tente estimular isso, né? Para valorizar um pouco mais o trabalho da família.

Pesquisadora: E você conseguiria identificar, aqui em Maringá, os dispositivos dessa Rede de Atenção Psicossocial?

Profissional do NASF 02: ... Alguns... Na verdade, eu vou ficar meio devendo... (Risos). Eu sei que tem os CAPS e que tem a Associação Maringaense de Saúde Mental, que fazem atendimento em grupo, acolhem a família. Sei desses dois.

Pesquisadora: Você falou bastante do trabalho em equipe, que o NASF precisa trabalhar em equipe e que o NASF faz um apoio para outra equipe. Então, o que é para você o trabalho em equipe? O que significa trabalhar em equipe?

Profissional do NASF 02: O trabalho em equipe vai desde a organização, passa pelo relacionamento com nossos colegas de trabalho - que se não estiver bom, não vai ter o trabalho em equipe - e vai até a parte individual, porque cada um tem que fazer o seu "quadrado" também. Dentro da Nutrição, eu tenho tentado estar atualizada, né, e o Terapeuta Ocupacional do NASF, às vezes, ele... eu fico pensando: "Eu tenho que estudar mais, porque ele tá sabendo mais que eu". Então, o matriciamento, ele acontece não só pras ESFs, mas também dentro do núcleo, acontece também o matricialmente, né? na parte da Nutrição, eu esclareço as dúvidas. Na parte de Terapia Ocupacional, eles entram. Psicologia... então, a gente tem essa troca de saberes. Na hora da organização da atividade, quando a atividade envolve mais integrantes do núcleo, então, nós procuramos fazer a reunião de NASF, pra nos organizarmos em equipe e daí, também tem a troca, né. As ideias são muito melhores quando participam todos da equipe, do que quando a gente vai tentar organizar sozinho, rende mais. E, na hora de fazer o trabalho, tentar não ficar, eh... eu acho... é um trabalho que eu tento fazer comigo, né... porque, eu não sei, na minha criação sempre foi mais trabalho individual, então, para mim, trabalhar em equipe é um desafio. Eu acho que é mais fácil trabalhar sozinho. Mas, se não fizer em equipe, o trabalho sozinho não rende. Então, eu procuro estar sempre servindo de apoio também para quem está no NASF e para quem está nas ESFs. Porque, as vezes, a gente diz: "Ah! O trabalho é em equipe". Mas, daí acaba que o trabalho é em "equipe", né? Às vezes, a gente vai fazer uma reunião de equipe NASF com ESF e vai um ou dois representantes do NASF. Então, é uma forma de se organizar? É. Mas, as vezes, é um jeito de que

nem seja a pessoa que tá indo lá, porque não é a pessoa que tá indo lá: "Ah, eu vou porque vocês não dão conta". Então, as vezes, é a forma da pessoa se organizar individualmente que não possibilita que a gente trabalhe em equipe. Então, assim, a reunião de equipe não existe. Nesse último ano, foi difícil a gente fazer um trabalho como equipe de NASF, porque a parte dos programas, principalmente o PMAQ, fez com que a gente se dividisse, de certa forma. Foram nomeados dois representantes do NASF para servir como Apoio Institucional às UBS. Eu fiquei de apoiadora na UBS 01. Então, eu meio que foquei lá. Aqui, eu fazia as atividades que seriam mais habituais: aquelas que são pontuais e aquelas que as equipes procuram. Então, eu acabei me distanciando um pouco da equipe NASF, né? E a Psicóloga ficou de apoiadora institucional na UBS 02 e UBS 03. Isso absorveu bastante o tempo dela também. Daí, os outros quatro integrantes da equipe tiveram que se desdobrar pra tá fazendo aquela parte. E nesse período, nem tinha sido contratada a outra Nutricionista pro NASF. Mas dentro do possível, a gente tá sempre tentando... é difícil, a gente não acha horário na agenda, mas a gente tenta fixar datas para fazer reuniões de equipe para a gente trabalhar mais coeso, porque se for deixar, vai cada um pro seu lado mesmo. Nossa equipe tem um ponto legal que é que uma pessoa tenta puxar a outra, sabe? Quando cada um começa a querer seguir o seu caminho, chega um e fala: "Não, a gente tem que fazer junto!". E aí, vem outro e chama de volta.

Pesquisadora: Na sua fala sobre esse assunto, você tocou no ponto da criação e da questão cultural como um desafio para o trabalho em equipe. Já que você tocou nesse ponto, e a formação? Você acha que a sua formação contribuiu para que você trabalhe em equipe?

Profissional do NASF 02: Olha, os primeiros anos na universidade foram de trabalhos individuais. Daí, a gente passou por uma faze depois de trabalho em equipe, só que trabalho na faculdade em equipe é sempre muito complicado, porque lá, a gente não tem como garantir que aquela pessoa vai te ajudar. Na verdade, na faculdade, quando eu fazia trabalho em dupla, dava certo, quando duas se apoiavam, era mais fácil. Quando fazia grupos maiores, era mais difícil. Igual o NASF, hoje tem sete integrantes. Então, fica difícil reunir todo mundo, colocar todo mundo pra pensar naquele foco, porque são muitos assuntos. Então, eu tive dificuldade para trabalhar em equipe durante a graduação também. Mas, aqui eu tenho sempre me policiado. Se foi marcada uma reunião da equipe ou se tem a necessidade de fazer alguma coisa junto, eu tento me organizar pra estar lá, pra tentar dar conta de tudo.

Pesquisadora: E nunca teve uma experiência na faculdade em que você teve que trabalhar multiprofissionalmente?

Profissional do NASF 02: Não teve. Teve... um estágio, na verdade... que a gente até fez um conjunto e teve dois trabalhos realizados em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde. Um deles foi até aqui próximo dessa UBS, em que trabalhamos nós da Nutrição da minha faculdade, alunos de Educação Física da UEM e o Psicólogo era daqui, dessa UBS. Mas, mesmo esse trabalho que poderia ter sido feito em conjunto, foi individual: a Nutrição trabalhou a parte nutricional, a Educação Física trabalhou a parte física e o Psicólogo, a psicologia. A gente não tinha um momento para troca de saberes. Funcionava com hora marcada: "Olha, eu vou começar à uma hora, o Psicólogo entra pra começar às duas e o Educador Físico fica por último, daí faz a atividade e libera o público pra ir embora". Então, a gente não teve essa troca. E outra atividade, foram os "Espaços Saúde" organizados pela prefeitura. Nessa atividade tinham tanto os estagiários da PUC - onde eu me formei -, quanto os outros estagiários de Nutrição de outras instituições. Mas, mesmo assim, a gente conversava, mas era dentro de uma mesma atividade, porque eram todos estagiários de Nutrição. Então, a gente até conversava, mas até seria legal se a gente tivesse se organizado de uma maneira diferente para fazer o que a gente fez ali. A gente fez um trabalho individual com a população do bairro. Se a gente tivesse se organizado para juntar turmas e fizer a orientação com

troca de experiência entre eles mesmos e a nossa, eu acho que o trabalho renderia melhor. Porque a gente via filas de atendimento. Então, entre nós a gente não conversava muito. E essas foram as únicas experiências que eu tive de trabalho com outras profissões ou estagiários, na faculdade.

Pesquisadora: Já estamos finalizando a entrevista e só tem mais dois pontos que gostaria de abordar. Desse tempo todo que você tem atuado na Saúde Pública, qual é a sua concepção de saúde e qual a sua concepção de família, tendo em vista que o foco do programa no qual você atua é voltado para a saúde da família?

Profissional do NASF 02: Bem, saúde não é uma coisa relacionada só ao corpo físico, né, mas como eu já falei acima, eu fui aprender isso muito mais depois trabalhando aqui, que se trata de algo mental e social também. Então, não adianta a pessoa estar bem em um sentido, se ela não estiver bem no outro. E a gente, enquanto profissional da saúde, tem que estar atento sempre a esses lados: não só físico, mas mental e social também. Por isso, precisamos trabalhar em equipe. Mas, a gente que trabalha com saúde, acaba lidando muito mais com a doença, do que com a saúde, porque o que chega aqui, é mais a doença, do que a saúde. Os dados são mais de doença, do que voltados para a saúde. Então, a gente ainda tem dificuldade para trabalhar com a saúde, com a promoção da saúde da saúde em si. E família... bem, a gente tem a Rede de Apoio à Prevenção da Violência e a ali a gente acaba tendo mais contato com a realidade de algumas famílias. Mas essa rede tem um foco na violência. Então, ali a gente vê as famílias desestruturadas, as crianças que mesmo que não sofram violência física, sofrem por negligência e também os casos que envolvem idosos, né... então, a gente tem esse conceito de família também que, àquela família que é formada, bem constituída, redondinha, a gente não tem muita informação dela. Agora, a família que tá passando por algum problema, essa família a gente vê, ela aparece, né, é gritante. Então, dá a impressão que todas as famílias são desestruturadas, todas as famílias têm problema e todas as famílias... Mas a gente sabe que não. É porque ali na Rede de Violência, a gente foca muito isso. Mas, a família é muito importante, a gente sempre tenta trabalhar apoio familiar, com conversas, mesmo que seja em consultas individuais ou em grupos e mesmo trabalhando a alimentação, essa parte de apoio familiar, eu sempre tento realizar. Principalmente, nos grupos de gestante. Quando a gente vê que a gestante vem sozinha, a gente sempre pede: "Traga um acompanhante! Veja se o esposo não quer vir!". Faço de tudo para estar incluindo também a família, né?

Pesquisadora: Bem, essa é uma pesquisa da área de Ciências Humanas e um dos objetivos dela é entender qual é o conceito dos entrevistados sobre determinados termos. Você usou um termo que eu gostaria de entender melhor. Para você, o que significa família desestruturada?

Profissional do NASF 02: Normalmente, as famílias que atendemos não tem a figura paterna. Às vezes, as figuras que cuidam são os avós. Os avós são idosos e, às vezes, não tem condições de realizar o cuidado. Uma vez, veio uma avó com três netos. Depois, veio a filha com mais 4 filhos. A avó estava nervosa e começou a desabafar que ela cuidava das crianças, mas quem recebia o dinheiro do PBF era a mãe. Então, tem a questão financeira que também interfere na estrutura familiar. Meu conhecimento de família era o da minha família: uma família tradicional. Mas, trabalhando aqui, eu lido com famílias com papéis invertidos de pai e mãe. Tem os problemas de negligência que acontecem... vejo o despreparo das famílias muito constantemente. Sei que dentro da criação da família, não tem certo e errado. Mas, se a pessoa foi criada ali naquele meio, isso vai influenciar em algo. Acho que, por isso, a família é tão importante para o desenvolvimento da saúde das pessoas. Acho que é isso.

Pesquisadora: Muito obrigada pela sua participação na entrevista e para finalizar, eu gostaria de deixar um espaço para você dizer mais alguma coisa, se você quiser.

Profissional do NASF 02: Bem, eu acho que as coisas estão muitas corridas agora por causa do PMAQ e APSUS. Mas muitas coisas terão que ser revistas, porque neste ano, o NASF vai entrar no PMAQ. Aí, as metas terão que ser revistas, pois elas virão de cima pra baixo. A gente ainda não sabe quais as metas que serão pactuadas. Ainda não se sabe se eles [gestores] chamarão a gente para pactuar as mesmas. É um desafio novo que vai guiar nosso trabalho. O futuro está nebuloso e existe uma expectativa, pois agora, será o NASF no processo do PMAQ. Vamos ver o que vai dar!

PROFISSIONAL DO NASF 03
DATA: 09/05/2013
Pesquisadora: Bem, eu gostaria de começar a entrevista perguntando sobre a sua formação, sua entrada no serviço público de saúde e especificamente como se deu a sua entrada no NASF. Como foi esse processo?
Profissional do NASF 03: Eu me formei em 2006. Deixa eu fazer as contas... já vai fazer sete anos que estou formado. Me formei na UFPR, que é a única universidade que oferece o curso de Terapia Ocupacional (TO) no Paraná. E antes de terminar a faculdade, foi até uma correria para eu conseguir assumir, mas eu já tinha passado em um concurso na região metropolitana de Curitiba, em Almirante Tamandaré. Então, eu colei grau e já estava trabalhando em um CAPS II em Almirante Tamandaré. Esta cidade é uma cidade dormitório de Curitiba, então, assim, a realidade dessa cidade é bem pior que Sarandi, que Paiçandu. Então, assim, problema de saúde mental cai das árvores, assim, de tanto que têm. E daí, as coisas eram muito, muito difíceis lá. Faltava profissionais, eu era o único profissional de quarenta horas, a estrutura física era totalmente inadequada, né? O serviço que ficou ali, desde que eu cheguei, eu fui um dos primeiros a chegar, o serviço estava abrindo, ficou três meses para começar a funcionar. Então, foi um serviço bem frustrante, assim, né? Quando começou a funcionar, a gente tinha uma coordenadora, que assim, ela tinha uma pressão política para atender a essa demanda, que era altíssima. Então, a gente começou sem estrutura a atender em torno de 300 pessoas dentro desse CAPS que era totalmente inadequado. Era do lado de um lixão, para você ter uma ideia. Então, foi um serviço bem impactante. Você sai da faculdade querendo mudar o mundo e cai ali, né? Então, eu falei: "Não, não quero isso pra mim. Não vai dar certo. Eu vou acabar virando paciente. (risos)". Daí, fiquei lá em torno de um ano, por aí. E como a minha família é toda aqui da região de Maringá e de Cianorte, na verdade, quando eu consegui emprego pra cá, eu vim. Deixa lá. Pedi exoneração e vim trabalhar em cinco APAEs, na área de deficiência mental, na reabilitação cognitiva e educação especial. Fiquei trabalhando desde o início de 2008, na região de Cianorte. Essas APAEs eram todas na região de Cianorte. Eu morava em Maringá e trabalhava na região de Cianorte. Nessa correria eu fiquei até 2010. Depois eu fui conseguindo trabalhar nas APAEs daqui de perto, em Paiçandu, em Mandaguaçu. E daí, eu fui deixando as que ficavam mais longe de Maringá. Aí, quando eu entrei no NASF, eu fui abandonei todas as mais longe e fiquei no NASF e na APAE de Mandaguaçu, apenas, né? E nisso, eu vinha vindo até 2012. Aí, em 2012, entrando no mestrado, eu deixei a APAE de Mandaguaçu, porque o mestrado exigia muito. Então, desde 2012, eu estou apenas no NASF, apenas vinte horas de carga horária. O mestrado é aqui na UEM. Mas, o mestrado, por questões pessoais, eu tranquei a matrícula. Tá trancado, tá guardadinho no forno ali, pra eu ver se daqui seis meses é isso que eu quero mesmo. Mas, era aqui, do ladinho da minha casa.
Pesquisadora: Então, de alguma forma, você ficou sempre atuando em Políticas Públicas. Ainda que a APAE seja uma associação da sociedade civil, filantrópica, ela, ainda sim, presta serviço para comunidade de forma gratuita, contribuindo, de alguma maneira, com o serviço público.

Profissional do NASF 03: Sim, até mesmo porque, nós somos profissionais do SUS, contratados pelo SUS para trabalhar dentro das APAEs. Nós somos do convênio SUS, né? Tem uma equipe pedagógica que é toda contratada pelo Estado do Paraná, mas tem uma equipe técnica - psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional - que é toda contratada e paga pelo convênio com o SUS. Então, desde que eu me formei, na verdade, eu estou sempre ligado com o SUS.

Pesquisadora: E isso aconteceu, ou isso foi intencional? Você tinha essa ideia de trabalhar no SUS?

Profissional do NASF 03: Olha, na verdade, Renata, eu sempre... eu acho até engraçado isso, tem a ver com uma vivência pessoal, assim. Desde a academia, eu sempre falei assim: "Eu não quero ser patrão. Eu não quero ter clínica. Eu quero ser funcionário". Só que esse funcionário, poderia ser funcionário de qualquer lugar, né? Mas, na nossa formação, a gente sempre pensa que os melhores serviços são os serviços públicos em termos salariais, né? Então, eu já saí com essa cabeça: "Eu vou fazer concurso público!". E quando você pensa em serviço público, ou você vai ser funcionário estatutário em nível municipal, estadual ou federal, né? Então eu saí com essa cabeça de prestar concurso. Passei nesse de Almirante Tamandaré, passei no de Cascavel, passei em Curitiba, passei no concurso do Estado do Paraná. Eu passei em uns nove concursos já. Então, assim, eu sempre com essa cabeça de trabalhar no funcionalismo público, né? Então, realmente foi uma opção, né? Hoje em dia, eu já tenho uma cabeça diferente, né? Hoje em dia eu já penso assim: "Não tem problema nenhum, se eu acertar e pegar um filão legal do mercado de trabalho e atuar na clínica". Porque eu e minha esposa somos sócios de uma clínica, ela também é Terapeuta Ocupacional, né? Ela vive me cobrando: "Você tem que vir para a clínica. Você tem que vir para a clínica". Mas eu digo: "Não, por enquanto eu tô bem, né". Mas hoje, a minha cabeça já é diferente. E por que é diferente? Porque eu vejo, hoje eu já tenho a vivência das dificuldades do serviço público. Eu sei que não é só a sua boa vontade, não é só o seu saber teórico, prático, técnico que vai fazer a mudança, né? Então o serviço público ele tem as suas limitações, né? E quando você é um pouquinho mais crítico, isso te desmotiva, as vezes, né, eu acho que é complicado. Eu acho que o bom profissional, envolve não só o saber técnico, mas os valores humanos também desse profissional, se ele for são saber técnico e não tiver os valores humanos também apurados, acredito que ele não vai ser um bom profissional porque não tem como separar, né. Então, as vezes, a gente se frustra. A gente vê que as coisas não andam, né, porque as vezes, por falta de planejamento, as vezes, por falta de vontade política e isso, né, você fala: "Poxa, eu quero ajudar tanto, eu tenho potencial de ajudar tanto, de fazer as coisas andarem, mas não depende só de mim. Então, assim, né, como eu estou com sete anos de formado, eu acho que tá tudo muito aberto na minha vida, ainda, sabe. Agora, eu sempre brinco com a minha esposa, que se eu arrumar um emprego que aí eu vou me aquietar, é um emprego na esfera federal. Porque, Renata, eu tô pensando na minha constituição financeira e familiar. Eu ainda não tenho filhos, né? e hoje em dia, como vivemos num país capitalista, né? As coisas vão subindo, a inflação tá aí, se você não ganha bem, né, você não vai ser feliz (risos). Não adianta.

Pesquisadora: Mas tem alguma coisa que torna o serviço público gratificante para você?

Profissional do NASF 03: Olha, eu digo assim: "O serviço público precisa de profissionais comprometidos". A gente sabe que tem aquele velho chavão: "Ah, o profissional do serviço público não trabalha, né, é uma beleza". E eu acredito assim que pra mim é gratificante porque quando eu tô aqui, eu tô, apensar dessas insatisfações, como eu te falei, tem as suas insatisfações, né, eu tô aqui de coração aberto, eu acredito que a gente tá aqui pra servir a população, mesmo, né? Gratificante porque eu faço com amor, eu vejo até nessa questão do tratamento, né, o quanto é importante. Nesse trabalho que a gente tá, por exemplo, de apoio às ESFs, né. As equipes têm muitas pressões, trabalham com recursos humanos, muitas vezes, defasado, com estrutura física

inadequada. E o quanto é importante, às vezes, pegando essa área da saúde mental aí, o apoio não só técnico, mas o apoio emocional que você pode propor pra eles. De que maneira? Colocando-se do lado deles, porque o NASF tá aí para apoiar. E quando a gente vem, lendo a proposta do NASF, a gente acha que é só apoio técnico e científico ou do atendimento ali, o assistencial. Mas, quando você chega aqui, muitas vezes, você vê que o apoio que você tem dar pra eles é o sentar junto, é o conversar, é aquela coisa que tem nas diretrizes que o termo matricial vem de "mãe", né? Aquele que orienta, aquele que norteia. É isso que eu tenho aprendido. Como o nosso contato não é com a população. Uma coisa que eu adoro fazer é lidar com a população e a gente lida bem menos no NASF. Então, acho que o que é gratificante é ajudar essa equipe a enxergar várias coisas que, na correria do dia-a-dia, eles não enxergam; ou coisas que trazem muita frustração, ou muito estresse para ela, mas você sentar junto e mostra que não precisa ser assim. Acho que é facilitar esse trabalho deles, né, que realmente é muita carga, né? De uma semana pra outra chega uma coisa nova pra eles fazerem. Mas e as outras coisas que precisam ser feitas e que não podem ser abandonadas? Como dar conta de tudo, né? Como trabalhar essas emoções que emergem aí, né? Porque, quando você tá sobrecarregado, né, complicam as coisas? Então, eu acredito que nesse trabalho, como é mais direcionado pras equipes, o que me motiva é isso, é ser um facilitador. No meio de tantas dificuldades, você conseguir se colocar ao lado e facilitar o trabalho deles.

Pesquisadora: Você acabou definindo o que é apoio pra você: é orientar, nortear, estar ao lado...

Profissional do NASF 03: Isso! Estudar junto... eu acho que eu venho de uma formação, né, Renata, e o pessoal até diz para mim: "Nossa, você faz uma terapia ocupacional diferente de outros terapeutas ocupacionais que já passaram por aqui!". Uma vez, a educadora física comentou. Ela disse assim: "Eu conheci dois tipos de Terapia Ocupacional". Eu venho de uma formação muito abrangente. Então, eu acho legal olhar o ser humano. Eu brinco com o pessoal que não conhece o NASF. Eu digo: “Olha, eu tenho dois pacientes no meu trabalho. Um é o paciente em si, a população. Eu tenho que olhar para ela, né. E o outro são os profissionais da Estratégia Saúde da Família”. Então, apoio matricial para mim é isso: é estar sentando com a equipe, estudando o hiperdia, olhando não apenas se eles têm conteúdo, mas se eles sabem... por exemplo, cansei de fazer capacitação, em que eu sento com eles para estudar o hiperdia, para saber quais são as dificuldades, saber se as dificuldades estão centradas em não saber o que é e como funciona o hiperdia, em saber o que é a hipertensão. Então, eu tenho que saber quais são as dificuldades deles. Na maioria das vezes, as dificuldades estão relacionadas a dificuldade de entender por que o paciente não segue as orientações e recomendações dadas pela equipe. Eles falam assim pra mim: "Não adianta ficar trabalhando com educação em saúde, falando, falando... e, as vezes, o paciente até fala pra gente que ele a gente tá cansado de ouvir". Então, nesse apoio a gente acaba tendo que discutir com a equipe o porquê dos pacientes não seguirem as orientações, o porquê dessas dificuldades, se colocando no lugar do paciente, como trabalhar para um grupo se mais resolutivo, de que maneira trabalhar as crenças que existem na não adesão, os valores desses pacientes. Então, para mim, apoio é isso: você tem uma questão "x" para trabalhar com a equipe, uma demanda que você identifica, ou que, as vezes, a equipe te traz e você precisa desenvolver com eles essa visão ampliada, essa visão holística da coisa e não focar só que veio aos seus olhos. Se eles te pediram ajudar para desenvolver o hiperdia, antes de tudo temos que nos perguntar: "o que é essa ajuda?". De repente eles querem a ajuda para desenvolver a educação em saúde, mas não é só de conteúdo de saúde que eles precisam. Porque o conteúdo da educação em saúde para o hiperdia é de domínio público, inclusive os pacientes já sabem. Mas, a maneira é possível trabalhar aquilo pra que seja resolutivo é que é difícil.

Pesquisadora: E quanto as suas ações específicas como terapeuta organizacio... opa, desculpa... risos... como terapeuta ocupacional... risos... quais são as ações específicas da sua área de atuação tem sido demandadas pelas equipes e como você às organiza?
Profissional do NASF 03: Assim, eu costumo brincar com o pessoal que, aqui, eu não sou terapeuta ocupacional. Aqui eu sou um profissional da saúde com conhecimentos específicos e conhecimentos básicos. E como eu não estou atuando, não estou sendo terapeuta ocupacional com a população, salvo raras exceções, nas quais eu vou diretamente fazer o atendimento assistencial, eu brinco, então, que nós somos, entre aspas: "profissionais da promoção e da prevenção em saúde no NASF". Isso, por quê? Porque a gente tem que trazer o nosso conhecimento, o nosso núcleo para as ações da saúde da família. Uma vez, eu escutei da gerente de promoção da saúde da secretaria dizendo que não adianta a equipe do NASF ser boa, ter bons profissionais e o trabalho do NASF aparecer, quem tem que aparecer é o trabalho da ESF. Então, como é a minha ação com as equipes? Eu trago, na verdade, para as equipes e até para as ações dos profissionais em geral da UBS, a minha visão de terapeuta ocupacional. É esse o meu o meu papel e, as vezes, é difícil para as pessoas entenderem, porque a gente tem NASF aqui em Maringá, por exemplo, que tem fonoaudiólogo que atende fila de espera, porque entende que esse é o trabalho do fonoaudiólogo. Então, eu sou terapeuta ocupacional? Sou. Mas eu trago todo o meu conhecimento pra trabalhar com as ESFs e com a minha própria equipe. E isso, por quê? Pode ser que eu esteja errado. É como a educadora física me falou, é uma questão de ação profissional e de processo de trabalho adotado, né? Mas, se não é para eu ser terapeuta ocupacional com a população, né, e eu tenho que ajudar essa ESF fazer o trabalho dela e não o meu, eu não posso ensinar ela a ser terapeuta ocupacional. Porque ser terapeuta ocupacional é uma práxis minha. Agora, o conhecimento de ser humano que a terapia ocupacional tem é um conhecimento que eu posso disseminar. Por exemplo, nós temos na terapia ocupacional a análise de atividades. Que é o que? É você pegar uma atividade... eu vou te dar o exemplo do hiperdia, novamente. Então, nós temos um paciente hipertenso que não adere. Eu, enquanto terapeuta ocupacional se eu for atender ele, eu vou ter que entender esse hipertenso, né, saber o histórico, através de uma anamnese, entender esse ser como um todo, para identificar o porquê dele não aderir. Ele pode não aderir por dificuldades emocionais, ele pode não aderir por dificuldades cognitivas e não entender o que você fala pra ele, né? Ele pode não aderir pela crença dele de que tudo o que o pessoal fala é "balela", "a vida inteira a família sempre comeu assim e o avô morreu com 100 anos", né? Pode ser por dificuldades econômicas e ele não sabe que ali do lado da casa dele tem a horta comunitária. Então, essa visão de se questionar o porquê que o "seu fulano" não está aderindo e porquê o paciente é assim, é isso que eu trago, um pouquinho dessa análise de atividades que a gente tem na terapia ocupacional de como entender qual é o problema que aquele paciente enfrenta para não conseguir desempenhar o que ele tem que desempenhar para, daí, definir qual é o tipo de atividade que vai ser mais significativa para gente trabalhar isso. Então, sempre que eu estou em uma reunião, ou sempre que a gente está bolando uma atividade enquanto equipe NASF, eu sempre trago essa visão, essa visão de ser humano ampliada. Precisamos analisar: "o problema é esse? Será que o problema é só isso? Vamos destrinchar?". Se ao destrincharmos, nós acharmos uns três problemas, de um que nós tínhamos, agora são três. Aí, temos que nos perguntar: "Que atividades? Que ações? Que estratégias nós vamos implementar para que isso seja resolutivo nessa questão?". Seja numa atividade temática em comemoração de um dia: dia do idoso, seja na questão de apoio a um grupo de hipertensão, ou num grupo de diabetes, de puericultura, né? Então, o que eu trago enquanto profissional é isso: é essa visão e essa questão prática de raciocínio mesmo e presando muito a horizontalidade das práticas que é uma coisa que na terapia ocupacional a gente sempre trabalha muito, a empatia, o se colocar no lugar do outro, de como trabalhar assertivamente com o saber técnico e o saber popular, colocando o seu saber técnico

fundido com o saber popular. Não adianta você "tá em cima" e o indivíduo "embaixo". Esse é o modelo que ele tem na família já, esse é modelo que ele tem na sociedade, né? Ele chega aqui e se você reproduzir esse modelo, você perde ele. Então, eu acredito assim, que terapeuta ocupacional mesmo eu sou quando eu vou atender um paciente AVE. A ESF me chamou, dizendo que a família está com dificuldade para fazer transferência do leito para a cadeira de roda. Não tem como eu ensinar a ESF a ser terapeuta ocupacional. Então, nesse caso eu fui, fiz todo o diagnóstico e vi que não era só fazer a transferência do leito para a cadeira. Aí, trabalhei toda a questão do posicionamento no leito, a prevenção de escaras e especificamente no que eles queriam, que era a transferência do leito para cadeira, a gente adaptou à cama, cortou a cama, colocamos os pés da cama e uma altura mais adequada, treinei a esposa e a filha a fazerem a transferência sem prejudicarem suas colunas, fiz adaptação na cadeira de rodas. Nessa hora, eu fui terapeuta ocupacional, porque são coisas e é a visão do terapeuta ocupacional, é a práxis do terapeuta ocupacional. Agora, aqui, no trabalho com as equipes, eu sou um profissional da saúde, com o seu conhecimento específico, focando na proteção e na prevenção em saúde.

Pesquisadora: E tem algum grupo de promoção de saúde ou de prevenção que você entende que é um grupo que se aproxima mais do seu núcleo e que, por isso, você se sente mais responsável pelo desenvolvimento e pelo apoio ao desenvolvimento daquele grupo?

Profissional do NASF 03: Olha, na verdade existe até um estigma de que o terapeuta ocupacional é um profissional que ocupa as pessoas, né? Risos. Mas, não tem nada a ver com isso, você enquanto psicóloga sabe que nosso objeto é a ocupação humana, entendendo ocupação humana como todas as atividades que o indivíduo tem seu no cotidiano: atividades de autocuidado, atividades de trabalho, atividades de lazer, atividades educacionais, né? Só que assim, do que eu vejo que eu posso, como eu te falei, entendedor essa minha ação ampliada, o educador físico faz isso muito bem, por exemplo, nos hiperdias, nos grupos de diabéticos; o nutricionista pode fazer também, o psicólogo pode fazer também. Então, assim, infelizmente, onde eu sei que eu posso ajudar mais (eu falo infelizmente, porque daí eu caio no estigma lá, né?) nos grupos de artesanato. É onde eu consigo, assim, trazer o meu núcleo específico e ele pode ajudar de uma maneira bem diferenciada dos outros profissionais. Todos nós, profissionais da saúde, somos educadores em saúde, né? Mas, nos grupos que eles chamam de artesanato, sempre que eu vou fazer um trabalho com eles, eu tento mudar para o foco para um grupo de convivência, porque se eu chamo de grupo de artesanato, eu afugento os homens, já, né? E, também, porque não necessariamente precisa ter só artesanato, pode ter dinâmica de grupo e pode ter um dia de uma cozinha saudável. Então, por isso, que eu, gostaria de dar essa cara de um grupo de convivência, mas eu sempre chego não impondo, sempre trazendo essa reflexão para eles nas reuniões que a gente faz com as equipes. E por que nesses grupos, onde tem essas atividades manuais? Porque muitas vezes, as pessoas que estão lá são pessoas com transtornos mentais. Então, a primeira dificuldade que a ESF tem em lidar nesse grupo é entender o comportamento das pessoas que estão ali. [Entender esse sofrimento, né?]. Entender esse sofrimento. Querendo ou não, a maioria das pessoas que estão ali, pode ser assim, um estado deprimido, pode ser uma distimia, podem ser coisas mais leves, mas uma coisa ou outra, ele vai ter na questão da saúde mental. Então, já começa na questão da dificuldade da ESF para lidar com isso, para lidar com aquela pessoa que é mais impertinente, com aquela pessoa que as vezes "age na patada", como eu já ouvi. Então, as vezes, eles me chamam para o grupo de artesanato para isso, dizendo que o grupo "tá caído", pois o pessoal não tá indo. Aí, eu chego lá e pergunto: "Como é o grupo de vocês?". Eu já cansei de ir em grupo em que a queixa de ESF era: "o grupo tá fraco". Aí, quando eu chego e trago essa minha visão de terapeuta ocupacional ampliada, que eu sei que nunca é só aquilo que eles estão dizendo, aí a gente trabalha essa questão das dificuldades no comportamento, do não entendimento dos transtornos de saúde mental, a questão das atividades

que podem ser diversificadas, problematizando com eles: "Olha é certo fazer só uma atividade? Não tem que ter mais?". E a questão do material para diversificar as atividades. Então, é nessa hora que eu consigo passar para eles o conhecimento das doenças, então, trabalho também o conteúdo técnico, né?; trabalho o que é um grupo?, né, o que se preconiza de um grupo, os diferentes tipos de grupo, né?; as atividades, enquanto terapeuta ocupacional eu pergunto se as atividades realmente fazem diferença na vida deles e peço para eles analisarem cada atividade para verificar se a atividade faz bem, é significativa, quais são as qualidades, o que tem de bom nesse fazer, ainda mais nesse fazer em grupo; se se cria uma atmosfera saudável nesse grupo, priorizando laços afetivos, criação de ambientes saudáveis mesmo na comunidade, né? Então, eu trago esse conhecimento das atividades, o que a atividade proporciona para os indivíduos, trago também ideias de diferentes atividades, onde eles podem buscar diferentes atividades, inclusive na rede, nós temos o CAPS e se eles quiserem ir lá, eles são ensinados, no CRAS também, mas a nossa dificuldade grande nesses grupos é material. Se a gente tivesse livre acesso, ou melhor, um maior acesso a matérias, já que são grupos de habilidades manuais, a gente conseguiria fazer um trabalho muito, muito, muito legal aqui na Atenção Básica, nessa vertente dos grupos, que acaba sendo um "grupo de saúde mental", entre aspas, que se tem na Atenção Básica. São os grupos de artesanato, que eles chamam aqui em Maringá. [Que você preferia que fossem grupos de convivência?]. Na verdade, na minha visão e na visão que passo pra eles, mas eles continuam chamando de artesanato. [Eu notei que a ESF "x" chama de grupo de convivência]. Isso, eles conseguiram mudar. Eles chamavam de artesanato também. A ESF "y" chama de "Tricotando Alegria". Porque a primeira coisa que comecei a abordar quando iniciei contato com esses grupos foi que grupo de artesanato, primeiro o grupo não precisa ser só voltado para artesanato, existe um leque de coisas que se pode trabalhar, num grupo assim, com esse perfil e, segundo, porque os homens não vão, eu tiro por mim, eu não sou uma pessoa machista, mas eu já abordei homens para participar de um grupo de artesanato e noventa e tantos por cento falam: "você tá...?, né?". Ainda mais nessa loucura que a gente tem, tão patriarcal, no Brasil e as pessoas que a gente atende na comunidade são pessoas com uma idade mais avançada, é capaz até de se ofenderem com esse convite, né? O que a gente tem de grupo, que entra nessa vertente de bem estar físico, para oferecer são esses espaços, os espaços que tem essas atividades mais abrangentes. Do resto, cai nas atividades de assistência, né, infelizmente.

Pesquisadora: Bem, minha próxima pergunta já tem sido abordada de modo indireto desde o começo de nossa entrevista, porque você é um profissional do NASF. Mas, como eu não entrevista apenas profissionais do NASF, essa pergunta tá aqui no meu roteiro. Embora, você já tenha mencionado algumas coisas, vou te perguntar mais diretamente: como você define NASF? Quais são as diretrizes do NASF? De uma maneira teórica, como você conceitua o NASF?

Profissional do NASF 03: Eu vou te conceituar bem próximo das diretrizes, porque a nossa equipe fez questão de estudar junto essas diretrizes, quando a gente chegou aqui. Então, estudamos juntos, pegando os pontos que não entediamos e fomos pesquisar na internet, fizemos resumos com os principais tópicos do que era o NASF, né? Então, o NASF já tá explicado no nome, ele vem com a missão de ajudar as ESFs a fazerem o seu papel na Atenção Básica. Mas, na prática, as coisas nem sempre acontecem como deveriam e o sistema, na maneira como ele está organizado, assim... fala-se tanto em superar o modelo biomédico, mas o que a gente vislumbra aqui é um serviço organizado para o modelo biomédico, né? Então, a missão que a gente recebeu da Secretaria Municipal de Saúde, que foi uma coisa que desde o começo, ficou bem grava da minha cabeça, é assim: "vocês estão indo para a Atenção Básica, vocês são um tipo de equipe constituída por profissionais técnicos de nível superior, profissionais que muitas vezes não vai ter ali na ponta e o

pessoal vai querer vocês pra mão de obra; eles querem vocês pra linha de frente, porque tem essa necessidade lá. Mas vocês não vão ser linha de frente; vocês vão ser apoio, vocês vão olhar pra essas ESFs, vocês vão ter "x" ESFs pra olhar para elas, analisar, conversar e ajudá-las a cumprir o seu papel. O que é esse papel? Uma atenção integral à saúde de sua população, entendendo atenção integral como atividades de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Vocês vão chegar lá e vocês vão ver que algumas dessas etapas aí, dessa integralidade das ações, vão estar comprometidas. É nesse ponto que vocês vão tocar. E, principalmente, o trabalho de vocês tem que ser focado na promoção e na prevenção. Por quê? Porque é com promoção e prevenção em saúde, que a gente causa impacto na saúde da população.". Então, eu vim com isso muito na minha cabeça, né, de causar impacto na saúde da população. Se eu não vou poder tratar, se eu não vou poder reabilitar - que era o que eu faria na minha essência -, salvo em casos muito bem negociados com a minha equipe, então, eu tenho que ter muito esse olhar para a promoção e prevenção. Quando eu cheguei, eu vi que o papel do NASF tem que ir mesmo por esse caminho. Porque, como eu já falei no início dessa pergunta, embora a gente queira desconstruir o modelo, ele [o sistema] está organizado para que o modelo se mantenha. Nós temos uma demanda louca. É culpa do planejamento e da gestão? É também. Tem as suas dificuldades como em todo lugar, né? Mas eu penso que é uma questão cultural também do brasileiro, de não se cuidar, de não agir preventivamente, de vim naquela hora que "a coisa já ficou preta". Então, eu acredito que o nosso papel enquanto NASF é realmente ajudar essa ESF, que é tão boa na assistência, no curativo, no tratamento, a implementar essa visão de promoção e de prevenção também. E, outra coisa que é nosso papel é o compartilhamento de práticas. Porque se você pegar lá as diretrizes, você vai ver que o NASF é apoio, apoio, apoio e parece que a gente nunca vai atender, mas tem o compartilhamento de práticas, que eu acredito que é muito rico para equipe, porque, daí, a ESF fala: "Puxa, não são só profissionais que estão me dando suporte, eles estão indo comigo pra linha de frente, estão fazendo comigo, né?". Até, uma questão que eu trazia bastante era: "gente, vamos fazer junto?". Porque, as vezes, o ACS não tem competência, até pessoal, de tocar um grupo. Ele, as vezes, é super tímido, assim... nós temos que entender. Pra ele ir se soltando, nós temos que estar juntos, não só passando conteúdo teórico, mas mostrando pra ele que ele pode trazer o saber dele, que as vezes, ele não precisa falar nada, ele só precisa trazer um disparador, né e ser um facilitador naquele grupo; que aquele grupo não precisa funcionar no modelo de palestra e sim, num bate-papo, num modelo informal, onde as pessoas se sintam bem. Porque, eu pessoalmente, quando eu vou me palestra, eu já começo a bocejar. Essa questão de palestra é muito verticalizada. Mas, quando você senta em roda ou você senta junto com o paciente, junto com ele, no meio dele, é diferente. Eu fui fazer um trabalho, lá na equipe “w” com um grupo de diabéticos. Aí, me perguntaram: “o que você vai trabalhar?”. Eu disse que vou trabalhar as dificuldades deles. Se eu sou um terapeuta ocupacional, até já complementando um pouco a sua pergunta, eu vou trabalhar as dificuldades que eles têm com diabetes, dificuldades práticas. Então, sentei com eles, levantei as atividades que eles desenvolvem no cotidiano, voltadas para a manutenção da saúde e perguntei quais eram as dificuldades de ser diabético. Então, foram apontadas muitas dificuldades: em fazer atividade física, dificuldade em alimentar-se saudavelmente, "n" dificuldades. Eu passo isso para ESF também: ouvir muito, porque ouvindo a gente aprende. Mas aí, a outra minha colega terapeuta ocupacional falou assim pra mim: "Mas, como? Você não vai levar nenhum tema?". Eu falei: "Não! Mas não pense que eu estou sendo preguiçoso e não queira trabalhar. É que pra mim é muito mais resolutivo trabalhar com a demanda deles do que trazer uma demanda minha, que eu acho importante". Muitas vezes, eu já levei e foi assim, as pessoas ficavam olhando no relógio e eles estão loucos para ir embora. Agora, quando você pára para ouvir eles e quebra paradigmas que eles têm, quebra crenças, trabalha um pouquinho os valores que estão um pouquinho invertidos ali, um

vai ouvindo o outro e, às vezes, você vê na cara do outro que ele sentiu que aquilo serviu para ele. Às vezes, um paciente traz uma dificuldade, mas o outro mesmo já traz uma solução, você não precisa nem intervir. Então, eu acho que o trabalho do NASF é esse: são profissionais com diferentes saberes técnicos que tem que se fundir com a ESF. Essa fusão é principalmente com esse foco na promoção e na prevenção em saúde. Essa foi a missão que a gente recebeu da Secretaria Municipal de Saúde e que eu vejo que tem ser isso, porque se não, você chega aqui e vai fazer o quê? Você vai ensinar a ESF a fazer o seu trabalho profissional técnico? Não! Você vai ensinar a ESF a olhar o ser humano nessa vertente que a sua formação te proporcionou. Eu trago essa visão a respeito das ocupações. Que o ser humano é um ser ocupacional por excelência e que existem certos comportamentos e certas ocupações que ele tem dificuldade no desempenho. Identificando as dificuldades, aí eu passo a pensar na melhor maneira de favorecer que ele supere as dificultes. Assim, eu acredito que é o trabalho das nutricionistas e dos demais profissionais do NASF. Falei nutricionista, porque eu trabalho muito com uma delas e a gente faz isso, ela traz o conhecimento técnico e daí a gente pensa junto como é que nós vamos fazer para esse conhecimento técnico chegar lá no paciente. As atividades assistenciais dos profissionais do NASF, de ir lá e fazer, tem que ser mínimas mesmo, porque se não, a gente "não tem perna" pra fazer. São 9 ESF que a gente tá apoiando, o terapeuta ocupacional fica só 20 horas; são 3 UBSs que a gente atende. Então, se você cair na vertente assistencial, você vai trabalhar igual e não vai atender quase nenhuma porcentagem da população, que é muito grande. Cada equipe tem aí em torno de quatro mil pacientes. Então, são 36 mil pra você atender aqueles que precisam, aí, nessa vertente de assistência, não tem como mesmo.

Pesquisadora: E como você vê esse processo de contratação por 20 horas? Você acha interessante ter dois terapeutas ocupacionais trabalhando 20 horas e que dividem a responsabilidade?

Profissional do NASF 03: Eu acho. Todo trabalho tem as suas dificuldades e, no serviço público, as coisas, por si só são difíceis. Nunca se terá a estrutura ideal, porque a máquina pública é muito grande e quando você trabalha na área da saúde, você lida com as emoções, porque vê ali e pensa: "puxa, poderia ter isso ali, mas não tem". Então, isso te desgasta. Às vezes, você pensa que se você tivesse dinheiro, você mesmo iria fazer isso. Eu falo pra você que na questão dos materiais, quisera eu ter muito dinheiro, que eu compraria material pra esses grupos bombarem mesmo. Então, eu acredito que, por si só, a área da saúde já te desgasta um pouco, né? E quando você se depara com as dificuldades do seu trabalho, você já se desgasta um pouco mais. Então, eu acho muito rico trabalhar 20 horas aqui e ter a oportunidade de trabalhar 20 horas em outro local. Pensando que os meus colegas agora ganharam a possibilidade de trabalhar 30 horas, ao invés de 40 horas, sem redução salarial, eu já penso que meu salário defasou. Então, pensando na questão salarial, não é legal. Agora, pensando em qualidade de trabalho, eu acho muito bom. Porque não é uma categoria que está 20 horas a menos; somos dois profissionais, né? Então, a gente se conversa, a gente bola coisas juntos, né? Mas, eu penso também pra nossa psique, pro nosso emocional, é legal, sabe? Eu converso com pessoas que trabalham só no CAPS. O CAPS é barra pesada. Lá, elas falam que queriam trabalhar uma jornada menor pra poder ter uma válvula de escape em outro momento. Então, eu acho que a gente consegue, né? Por mais que você goste do seu trabalho, ele tem as suas limitações que te trazem implicações emocionais. Então, conseguindo um outro local de trabalho, eu acho joia. Não gostaria de ser um profissional de 40 horas no NASF por isso. Mais dia, menos dia, a coisa começa a pegar pra você. Então, se você tem outro trabalho, você pensa: "Bem, terminei aqui. A tarde, vou pra outro local" e você consegue bem assim. **[E essa contratação do outro terapeuta ocupacional é recente? Você era o único terapeuta ocupacional nesse NASF?].** Esse NASF, desde o início teve dois terapeutas ocupacionais contratados por 20 horas de trabalho. É

que os fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, eu acho que desde a década de 1980 (agora não me lembro bem a data), tem uma lei assinada pelo Itamar Franco ainda garantindo as 30 horas de jornada máxima. Essa mesma questão que a Assistência Social conseguiu há pouco tempo. Quando saiu a portaria do NASF, eles solicitavam, colocavam o terapeuta ocupacional como um dos possíveis profissionais e colocava a carga horária de 40 horas pra todo mundo, né? Aí, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) informou que a nossa carga horária máxima era de 30 horas semanais e daí, eles republicaram a portaria, ajeitando a carga horária, colocaram a carga horária de todo mundo como 40 horas, exceto fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, com carga horária máxima de 30 horas. Então, Maringá, adotou esse modelo de 2 profissionais de 20 horas para totalizar a carga horária de 40 horas semanais, tanto para terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas, nas equipes em que eles são necessários.

Pesquisadora: E aí, você falou que, nessas ações que vocês vêm desenvolvendo, a preocupação com a saúde mental está presente, até mesmo porque a terapia ocupacional tem um olhar bastante voltado para essa demanda. Na história da saúde pública, a gente tem o movimento da Reforma Psiquiátrica e tem o movimento da Luta Antimanicomial que foi gerado no interior desse movimento da Reforma. O que você conhece a respeito desses movimentos e do modelo atual denominado Atenção Psicossocial? Você entende que suas ações estão relacionadas com esses movimentos?

Profissional do NASF 03: Então, a própria terapia ocupacional, na verdade, começou como um método, né, lá com a Nise da Silveira, né. Eu estava vendo uma reportagem sobre a Nise e a gente brinca que ela foi a primeira terapeuta ocupacional, que ao voltar do exílio, percebeu que estava todo errado o tratamento, né, grotesco. Ela começou a organizar, nos chamados hospícios, né, diferentes atividades ocupacionais. Era preciso ocupar esses indivíduos, entendendo esse ocupar como organizar. Ocupando o paciente, ele seria inserido em tal atividade e aí, você começa a ver ele se organizar em alguns sentidos, às vezes, na cozinha, na jardinagem. E esse tempo ocioso não é bom pra ele. Com isso, ele já consegue progredir, ele não precisa mais da lobotomia, ele não precisa do eletrochoque. Então, a Nise da Silveira traz esse tratamento moral, aí, a mesma questão do Pinel, lá também. Então, o que eu entendo dessa Reforma Psiquiátrica é realmente repensar as práticas e colocar essa visão psicossocial do atendimento do paciente com transtorno mental. A gente brinca aqui na Atenção Básica, assim: a gente tenta passar - isso eu e a psicóloga, né, a assistente social entra? Entra pouco, mas não é tão assim reconhecido como uma profissional da saúde mental - que embora a gente tenha que trabalhar o estigma que os profissionais da ESF e, até os profissionais da UBS, têm com o transtorno mental, com a loucura, né, a gente precisa passar a visão daquele ser humano que tem o sofrimento psíquico, mas que é muito além daquela questão psíquica. Então, a Reforma Psiquiátrica, eu acredito, que ela venha pra humanizar esse atendimento, para que o paciente seja olhado de uma visão totalmente diferente, o que vai de encontro com a terapia ocupacional, que olha o ser humano como um todo. A reabilitação psicossocial ela dita que o paciente tem que ser tratado no seio comunitário. Pegando na questão da Reforma Psiquiátrica, os pacientes eram depositados lá no hospício. Não se fazia nada com eles, apenas os encarcerava; eles viviam sujos, muitos passavam, muitas vezes, até fome. Se depositava eles ali, já que eles eram vistos como um peso para a família, um peso para a sociedade, então deixava-se ele lá. E o que a Reforma Psiquiátrica traz? Traz essa responsabilização da família, da sociedade. Opa! Não precisa desse monte de hospital psiquiátrico! Se ele tiver um atendimento descente, se houver um investimento nesse ser humano que tem um transtorno mental, ele pode conviver sim, ele pode fazer o seu cotidiano funcionar ali na sociedade. A gente precisa agir de maneira a dar condições, né? Então, não é só medicar. Antes da Reforma Psiquiátrica era muita medicalização, dopava e pronto. Então, a visão que eu tenho da Reabilitação Psicossocial é isso:

tratar o indivíduo mais próximo da sua família, no seio comunitário e capacitar essa família, através da rede, dar esse suporte de como ela pode receber esse doente, como ela pode agir com ele de maneira assertiva e como inseri-lo na comunidade. Pra mim é tranquilo ver esse trânsito e passar isso pras ESFs, mas realmente, para as ESFs, entender isso não é tranquilo. Quando nós entremos, nós começamos a questionar como era o proceder com o paciente de transtorno mental aqui e como era a assistência prestada a ele. A resposta das ESFs era: "Olha, eu vou falar bem a verdade. Tem um louquinho lá, mas eu pulo a casa dele, porque ele é agressivo. Não dá!". Então, tem todos aqueles mitos, né. É algo que quem é da saúde mental ajuda bastante desmitificar. Nós fizemos visita junto, né. Teve até um caso de assistência um pouco mais direta com uma pessoa que estava querendo se matar. A ESF pediu e aí, eu e a psicóloga fomos juntos com a ESF acompanhar o caso. Mas, nós não abordamos só aquilo que nos foi trazido, mas o todo da situação. E a Reabilitação Psicossocial envolve muita coisa: olhar para a família, olhar para comunidade, dar suporte para esse indivíduo possa, lá na comunidade dele, se manter estável, saindo desse ciclo de internação. Tem que ser um conjunto.

Pesquisadora: E como você vê a Rede de Atenção Psicossocial aqui em Maringá? Quais são os dispositivos que fazem parte dela e como você acha que ela tá funcionando?

Profissional do NASF 03: Então, Renata, assim, eu que tive a experiência lá de Almirante Tamandaré, eu digo que Maringá é primeiro mundo, né? Risos. Claro que tem suas dificuldades como todo serviço público tem. Mas, nós temos o CAPSad, nós temos o CAPSi, temos o CAPS Canção que é o CAPS para transtorno mental, nós temos o CISAM, que é um ambulatório, temos as ações de saúde mental aqui na Atenção Básica, que se prega... a gente fez uma capacitação, enquanto NASF e na minha parte da capacitação, eu deixei muito claro pra eles, o meu papel na saúde mental e o papel da Atenção Básica na saúde mental. O nosso papel não é ter um serviço de primeiro mundo, é ter ações de saúde mental. A ESF faz o quê? Ela cuida da saúde da população adstrita naquele território ali, porque ele é responsável pela saúde. Então, foi isso que eu trouxe para eles. A gente não precisa ter nada muito elaborado, porque algo muito elaborado é do serviço especializado, como os CAPS e ambulatório, que trabalha através de oficinas e tal. Mas, o que nós precisamos é ter ações de saúde mental. Aí, volta nessa questão da Reabilitação Psicossocial, que envolve a criação de ações de saúde mental, mantendo um monitoramento maior desses pacientes que tem o transtorno mental, ver como é que tá essa família, ver quais são as dificuldades. Se estiver com dificuldade em lidar com o paciente, deve-se trazer para a ESF e se médico e enfermeiro não estão conseguindo lidar, solicitar o apoio do NASF. O NASF tá aqui pra isso, para ajudar nessa questão também. Então, eu vejo mais ou menos assim.

Pesquisadora: Bem, as próximas questões estão mais relacionadas a uma discussão conceitual. Vocês do NASF trabalham em equipe e, apesar de você já ter exemplificado o trabalho em equipe bastante em sua fala, gostaria de te perguntar diretamente: para você, o que é trabalho em equipe?

Profissional do NASF 03: Eu acho que trabalho em equipe, na verdade, é uma soma de defeitos e qualidades, em primeiro lugar né, uma soma de indivíduos diferentes que tem que conviver de maneira harmônica, porque o objetivo deles é fazer um bom trabalho. Pelo menos na nossa equipe é assim, né. Então, é um trabalho que exige paciência, exige que as vezes você trabalhe algumas dificuldades. Eu posso dizer assim que, antes de eu me tornar profissional, eu era uma pessoa que escutava pouco. Sabe aquelas pessoas que tendem a sempre ter razão? Vamos dizer assim, advogado. A minha mãe brincava que eu tinha que ser advogado e eu acho que eu deveria ser mesmo, porque eles sempre me criticavam por eu sempre querer ter razão, sempre querer a que última palavra seja a minha. Então, eu sempre fui muito assim, eu sempre tive essa dificuldade. Quando você trabalha em equipe, você começa a ver que: "Poxa, eu achava que eu tinha razão,

mas meu colega aqui tem uma ideia muito melhor". Eu falei a minha ideia. Em uma equipe todo mundo fala, você tem que dar voz nisso, ainda que você não concorde, todo mundo tem a sua opinião. Aí, eu comecei a ver que quando você não pensa sozinho, você acha que você tem as melhores ideias e que isso é a melhor coisa, mas vem alguém e te mostra algo diferente. Assim como do contrário. Alguém vem com uma ideia e você coloca outra coisa e ele reconhece que do seu jeito ficaria melhor. Então, você vai aliando os dois pensamentos e faz uma coisa muito melhor, muito mais resolutiva. Eu acredito que o trabalho em equipe é trazer diferentes conhecimentos de seres pensantes de diferentes maneiras e eles se entenderem. Olha, existem momentos que a ideia de um ou de outro prevalece, existem momentos que tem um saber que precisa estar à frente (o saber do nutricionista, o saber do terapeuta ocupacional), mas eu acredito assim, que é um exercício muito legal o trabalho em grupo. Às vezes, a gente briga, mas tem que saber não levar pro pessoal. Precisa de muito comprometimento, muita sinceridade, porque, as vezes, você tá em equipe e você tá tão empolgado, tá tão dedicado pra aquilo e parece que seu colega não está. Então, você pega, por exemplo, que tem três profissionais empolgados e tem um que não está tanto. Então, esses três começam a conversar, para ver o que eles podem fazer para trazer aquele um. Fica chato. Ele precisa participar também, né? Então, na verdade, o trabalho em grupo só é bom se você tiver seres humanos bons, sabe, Renata. Não tem como. **[O trabalho em equipe exige maturidade.]**. Isso! Exige maturidade, exige você estar aberto para lidar bem com crítica, porque a crítica ela não precisa vir assim: "Renata, você fez isso?". Na fala do seu colega, você já enxerga assim: "Poxa, acho que isso aí serviu pra mim" e você não levar isso pro pessoal. Precisa ter maturidade realmente para entender o outro também. Às vezes, ele não tá fazendo porque ele não está podendo fazer mais. Essa semana, por exemplo, a gente tá na semana do APSUS, numa correria total. Eu cheguei e apesar da gente ter marcado uma reunião geral ontem, eu tive que avisar a minha equipe que minha sogra estava internada e que só tinha eu e minha esposa aqui em Maringá para acompanhá-la e, portanto, eu teria que entrar em "off" uns diaszinhos. Pedi para os colegas assumirem algumas coisas que eu ia fazer, pedi para que me ligassem caso fosse necessário. E aí, a equipe assumiu. Então, equipe também é isso: não só ver q o outro não está participando, mas também chegar nele e ver se tá tudo bem. Eu acho que nós somos uma grande família, na verdade, nós passamos mais tempo juntos do que com nossas famílias. Geralmente eu brigo menos com meus colegas do que com minha família. A gente convive e o nosso objetivo é o mesmo. Eu acho que equipe é isso: a soma de um monte de coisas, mas que o resultado final tem que ser alinhado, tem que ser o mesmo. E só funciona se você tiver pessoas adequadas. Penso isso por todos os locais de trabalho que eu passei. É difícil um local de trabalho que não teve uma pessoa que não me perseguiu, num sentido de ter uma pessoa que imbirra com você. Isso me fez aprender que não tem como a pessoa ser um bom profissional, se ela não é um ser humano que tem valores, que tem princípios, que tem ética, sabe? Porque, sem isso, ela é boa tecnicamente. Mas, o profissional não é só um ser técnico é um ser humano também, é relacional, é um ser de vínculo. Então, equipe tem que ter vínculo, não adianta ter só conhecimento. Tem que ter vínculo, tem que saber lidar com os momentos de crise, porque os desentendimentos acontecem; e tem que se apoiar.

Pesquisadora: E saúde, o que é saúde para você?

Profissional do NASF 03: Saúde... risos... é um completo bem estar físico, mental e social. Risos. Oh, na verdade, assim, quando a gente sai da academia, agente estuda esses diferentes contextos. Ah, segundo a OMS, é essa utopia, o completo bem estar físico, mental e social. Mas a visão que eu tenho é desse modelo ampliado, né, saúde é um estado de bem estar. É ter qualidade de vida. Nesse modelo ampliado a gente entende que a gente pode ter saúde, mesmo na doença. Então, ser saudável, é bem essa questão de estar bem. Se você pegar na visão da OMS, você vai ver que é uma utopia mesmo. Até porque você nunca consegue saber se fisicamente você está com tudo ok.

Então, eu vou bem nessa visão do novo modelo mesmo. Saúde é estar bem com consigo mesmo, estar bem com as coisas ao redor. Na visão da terapia ocupacional, é estar fazendo funcionar o seu cotidiano, estar conseguindo desenvolver tudo aquilo que você necessita ou que você queira desempenhar. Isso é ter qualidade de vida. Você pode ter um cotidiano totalmente estressante, mas estar aí sem nenhuma "doença" física ou mental e está conseguindo funcionar a sua vida social, mas você não é saudável. Por quê? Porque quando você pára, você fala: "Meu Deus do céu! Olha como tá minha vida! cheia de preocupações, cheia de respostas que você não consegue alcançar!". Então, saúde pra mim é isso: é bem estar, é qualidade de vida, tendo um diagnóstico, um cidzinho ou não.

Pesquisadora: E para finalizar, já que estamos falando de dois programas que tem na sua denominação uma atuação voltada para a família - Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da família - eu achei bastante importante perguntar para vocês, como vocês entendem família, já que ela é o foco da intervenção. Então, o que é família para você?

Profissional do NASF 03: Família... risos... ela é uma instituição da sociedade, mas é um serzinho muito complexo, né, porque a família é muito dinâmica. A minha família pode ser totalmente diferente da sua, porque a família envolve diferentes agrupamentos de pessoas, que tem seus valores, tem suas crenças, tem suas vivências emocionais, né, que formam seus componentes de diferentes maneiras. Então, quando a gente trabalha a saúde da família, temos que ver como é essa família. A família é muito heterogênea. Então, assim, se aquele indivíduo agiu dessa maneira, temos que nos perguntar: "De que família ele vem? Como é o funcionamento dessa família? Ele passou por situações de violência? Ele teve mãe? Ele teve pai? Foi criado pela avó?". Então, a família é isso: é uma instituição, tem seus componentes, mas cada família é uma família. Não tem como você chegar e esperar que seja tudo do mesmo jeito. E, às vezes, o profissional chega pra a família com uma receitinha pronta de como eles devem ser. A gente precisa aprender com cada família que a gente vai atender que o que é bom para uma família, o que é bom para aqueles componentes, pra outra, pode não ser. Então, família é uma instituição enigmática da nossa sociedade. **[Bastante diversificada].** Isso!

Pesquisadora: Bom, as perguntas que eu tinha para fazer eram essas. Eu agradeço muito a sua participação e disponibilidade. Você gostaria de fazer mais alguma colocação?

Profissional do NASF 03: Não. Era isso mesmo.

PROFISSIONAL DO NASF 04

DATA: 06/06/2013

Pesquisadora: As perguntas são bem simples, não tem do que você se preocupar se você vai poder ajudar ou não, você vai ajudar com a sua experiência. Existem profissionais de diferentes formações, com diferentes trajetórias profissionais, uns com mais outros com menos experiência e é esse entrosamento desses diferentes olhares, das diferentes experiências que constituem o NASF. Então é um pouquinho disso que eu gostaria que você falasse, um pouquinho da sua trajetória, quanto tempo faz que você tá formada, de que área você vem e como que se deu a sua entrada no NASF?

Profissional do NASF 04: Bom, eu vou começar pela formação, eu tô formada a 4 anos e meio, vai fazer 5 anos em janeiro, logo que eu me formei eu entrei numa pós "Nutrição nos ciclos da vida", fiquei um tempo sem trabalhar, eu comecei trabalhar mesmo na área já tinha 1 ano e pouco de formada. Eu fui primeiro para uma empresa, um restaurante industrial, fiquei 2 meses, daí eu sai, fiquei mais 2 ou 3 meses sem emprego de novo, daí entrei como professora na PUC, entrei em agosto de 2011, ai eu fiquei até fevereiro de 2012, então deu um semestre só, daí eu sai para entra

em uma empresa, lá na minha cidade, uma empresa de sucos. Achei que seria "a empresa" estava começando, né, um monte de promessas e tudo mais, me arrependi um monte depois de ter saído e ter ido pra lá. Eu tava lá ainda trabalhando daí eu recebi a convocação pra entrar no NASF, no que eu me formei surgiu vários concursos e eu tava sempre fazendo pra poder ter alguma garantia. Eu fui convocada e eu comecei aqui no dia 05 de novembro, então vai dar 07 meses.

Pesquisadora: De que cidade você é?

Nutricionista do NASF: Eu sou de Santa Fé. Eu moro lá ainda. Eu vou e volto todo dia.

Pesquisadora: Dá uns 80 km?

Profissional do NASF 04: Dá uns 80 km? [Não. Dá uns 50 km, 40 a 45 minutos de carro].

Pesquisadora: E como é pra você trabalhar no NASF?

Profissional do NASF 04: Eu tenho gostado bastante, comento bastante com a outra nutricionista do NASF que é uma área que a gente consegue abranger um pouco de tudo. Não é algo tão centralizado, não é uma coisa só que faz ... é um trabalho mais dinâmico, são várias coisas que a gente consegue estar interagindo, não só na nossa área mesmo, a gente consegue estar participando de algumas outras coisas interdisciplinares, então eu tô gostando bastante. Tenho me identificado bastante aqui no NASF, embora como eu ainda tô no começo, tem como já tem nutricionista e tudo, a maioria das equipes ainda procuram um pouco mais ela, porque ela está a mais tempo do que eu, mais aos poucos estão me encontrando e eu abrindo o meu caminho.

Pesquisadora: E como você, quais ações você poderia citar que fazem parte do NASF? O NASF oferece que tipo de ações de serviços dentro de uma UBS?

Profissional do NASF 04: Bom, a gente, como o próprio nome já diz já é o apoio pra saúde da família, então o que a equipe precisa a gente tá ali participando, então a gente participa de capacitações pra tá ajudando eles também, nos grupos com os nossos conhecimentos, já mais específicos, a gente vai transmitindo, ajudando no que é possível, dando todo apoio. Eu mesmo, particularmente, eu tenho participado junto com a educadora física nos grupos de caminhada, era algo que ela já tinha pouco estruturado com as equipes e eu comecei a ir para estar fazendo algumas orientações nutricionais junto também, a gente consegue estar conciliando duas coisas: atividades físicas e nutrição. Eu tô partindo um pouquinho mais pra esse lado mesmo, que era algo que a outra nutricionista do NASF não tava fazendo eu falei "vamos por esse caminho que ainda tá aberto".

Pesquisadora: E como você disse, é muito dinâmico e tem várias possibilidades e sempre tem mais espaço para desenvolver outras ações, novas ações [sempre vai surgindo novas ideias do que tá fazendo, vai interagindo, vendo a necessidade do que vai surgindo e vê o dentro do possível o que dá pra ser feito]. E você tá trabalhando numa equipe com diferentes olhares, diferentes saberes, como que é isso pra você, você até falou "isso é novo" como profissional, como que tem sido essa troca?

Profissional do NASF 04: Eu tenho aprendido muito, porque a equipe é muito boa, bem estruturada, é a que tem os profissionais já de tempo do NASF, que tá a mais tempo até do que das outras, então com total experiência, eles já vieram de outros locais... muita experiência, essa troca de experiência mesmo tá sendo muito boa, a gente aprende muito, então assim, conversando com a psicóloga da nossa equipe, ela vai passando algumas coisas e a gente vai aprendendo até como lidar com as pessoas no trabalho e até fora daqui... em casa, com a família tudo mais já que ela tem olhar mais assim psicológico ... a assistente social do NASF também a gente aprendo muito assim com o posicionamento dela, dela querer estar sempre à frente, muito disposta, querendo fazer tudo, então a gente vai aprendendo muito, com os outros também a educadora física, a outra nutricionista, o terapeuta ocupacional, enfim, é uma troca de experiência a cada dia. Então a cada dia eu sei que eu aprendo alguma coisa com eles, então vai abrindo nossos horizontes, nossa mente, a gente não fica focado, como o meu caso, só na nutrição. Tem muita gente por ali que me olha e fala que eu sou

terapeuta ocupacional, fala que eu sou psicóloga, falam tudo menos que eu sou nutricionista, que eu tenho uma cara... eu começo a pensar que eu já tô pegando um pouquinho do jeito deles e transmitindo isso também.

Pesquisadora: E isso te incomoda?

Profissional do NASF 04: Não. Porque é uma das funções do NASF abrange um pouco de todas as áreas, a gente tem o nosso conhecimento mais específico, mas tentar buscar um pouco das outras coisas também.

Pesquisadora: E a saúde pública? Como é que está sendo o seu encontro com a ideia da saúde pública? Você teve as experiências, inicialmente, em instituições privadas ou com a educação, mas mesmo assim, em instituição privada, como é esse encontro com a política pública?

Profissional do NASF 04: É diferente do que eu já tava acostumada, tem algumas coisas até que a gente fala muito "que o SUS não funciona", ai pra fora falam que não funciona, eu até tinha um pouco desse pensamento, mas quando você entra realmente no serviço público, você vê o porquê que as vezes, alguma coisa não funciona, começa entender melhor e vê que não é bem assim, tem muita coisa que realmente funciona. Com esse meu contato com a saúde pública eu tenho conseguido muito isso: entender o que as pessoas lá de fora não entendem.

Pesquisadora: E o que você acha que funciona?

Profissional do NASF 04: Funciona bastante coisa, o que eu vejo mais que funciona igual os grupos, os profissionais mesmo, os que estão aqui querendo participar, querendo dar um atendimento para o paciente muitas vezes não consegue por falta de alguma coisa, isso a gente tem de mais, vê busca, busca o máximo possível para estar ajudando o paciente, essa interação paciente profissional é bem interessante, isso faz funcionar as coisas, a preocupação, querer mesmo, o envolvimento, a integração das equipes, de todo mundo, procurar estar falando a mesma língua.

Pesquisadora: E como o NASF trabalha com a área da saúde mental?

Profissional do NASF 04: A gente procura trabalhar de uma forma integral mesmo, do paciente e até mesmo de nós profissionais, tentar não ta vendo só o corpo mesmo, mas também a mente pra tá trabalhando junto, porque a gente sabe que o conceito de saúde hoje não é só mais aquela ausência de doença, é o teu bem estar, seja físico, emocional, tua vida social boa, então você ta bem de uma forma integral, generalizada. Eu vejo que todas as ações que o NASF faz é voltado para esse sentido, para essa promoção, em busca da saúde do indivíduo como um todo. É mais promoção do que coletivo, a gente trabalha lá com promoção. Tendo em vista sempre a saúde mental, porque ela é muito importante. Tá aparecendo cada vez mais doenças mentais e que uma doença mental pode acarretar em uma doença física. Então a gente procura ter esse olhar para tá olhando para o emocional e mental da pessoa para ela pode estar com a saúde por completo.

Pesquisadora: Você já tem conseguido aprender algo sobre o movimento da Reforma Psiquiátrica? Até pouco tempo a gente viu o NASF desenvolvendo uma capacitação da Luta Antimanicomial, então o que você já conseguiu apreender, entender, o que é o movimento da Reforma Psiquiátrica para você?

Profissional do NASF 04: É a gente tentar tá inserindo os pacientes que tenham algum problema psiquiátrico, alguma doença mental no meio, pra tentar transformar a vida dele mais normal, se é que dá para usar esse termo, tentar trazer ele sempre pra junto, mostrar que mesmo com aquele problema, ele é um cidadão que tem todos os direitos assim como o outro né, tá buscando esse direcionamento, tratar de uma forma igual mesmo, igualitária todo mundo.

Pesquisadora: E aqui em Maringá até tem alguns equipamentos, dispositivos dos serviços que foram sendo criados. O que você já conseguiu compreender que faz parte ou que pelo menos deve compor a rede de atenção psicossocial? Qual equipamento você lembra que Maringá tem disponibilizado?

Profissional do NASF 04**:** Eu sei que ele tem os CAPS, a gente tem a terapeuta ocupacional que já trabalha em um, no CAPS Canção, que ajuda em todo esse trabalho, fazendo essa inserção da pessoa. Que eu me lembro mais é esse. Não sei bem ao certo como que os outros funcionam, não tenho conhecimento, nunca fui conhecer, mas o que eu percebo é que cada vez mais está se tentando esse trabalho de rede. Eu acredito que ainda não esteja totalmente interligado, que acabam ainda sendo algumas coisas isoladas, mas vejo que pelo menos nós quanto NASF temos tentado fazer essa integração, esse trabalho em rede.

Pesquisadora: E a mais duas coisas que tocam o trabalho de vocês: a ideia de saúde e doença que é importante investigar qual é o olhar que a gente vai construindo do que é saúde e do que doença. Trabalhando no NASF, mudou seu olhar de saúde e doença?

Profissional do NASF 04: Eu sempre vive assim um pouco da visão de que o processo de saúde não é simplesmente a ausência de doença, mas que é o bem-estar da pessoa como um todo, olhando todos os seus lados: sociais, emocionais, enfim. Sempre tive essa visão. E o de doença, a gente tem mesmo associado que muitas vezes é mais o físico, só que a gente percebe, como eu estava te dizendo, das doenças mentais que acarretam também numa doença física, tudo está bem interligado. Acho que meu conceito de saúde e doença tendo entrado no NASF não mudou muito, porque já era o mesmo conceito que eu tinha.

Pesquisadora: Outro conceito que o NASF precisa estar interagindo em todo momento é o conceito de família, por conta de ser um apoio a Estratégia Saúde da Família. Como é que você entende família? O que é família pra você?

Profissional do NASF 04: Bom, família do que a gente tem assim... busca antes a gente pensa num pai, mãe e filhos... tios tias sobrinhos, enfim, todo mundo, mas a gente vê que é o meio que a pessoa vive, então a gente até fala muito que os colegas de trabalho a gente convive muito mais com eles do que com a nossa própria família, então eles são nossa família também, então é o meio que a pessoa tá, as pessoas ao redor, as pessoas que gostam, que dá o apoio, tudo é família, então a gente não deve pensar só ali na construção mesmo, na estrutura familiar da mais tradicional, porque até hoje tem mudado muito dessa estrutura também, a gente não encontra casas lá, certinho pai, mãe, filhos, a gente encontra muito com vó cuidando de netos, morando com filhos e várias outras pessoas que é a realidade que a gente tem aqui, com casas com várias pessoas, bastante gente morando. Então esse conceito de família mesmo é a relação que a pessoa tem com as pessoas ao seu redor, quem está ao seu redor, que a pessoa goste, tem todo o seu apoio, a sua convivência, todos aqueles são família.

Pesquisadora: Qual que é a importância da família para o trabalho que a gente faz na área da saúde?

Profissional do NASF 04: Tem toda importância porque a família ela dá todo o apoio para a pessoa, porque muitas vezes a pessoa que é sozinha ou que tem poucos, até amigos, que não faz parte da família, a gente percebe um pouco mais de dificuldade em estar trabalhando, quando se tem um apoio, uma pessoa que pode estar indo ali conversar com ela, falar "não, eu tô do teu lado, tudo vai dar certo", o trabalho para estar, no caso tratando uma doença, promovendo mais a saúde é muito melhor, muito mais fácil. Esse apoio familiar mesmo.

Pesquisadora: Bom, muito obrigada por sua participação! Minhas perguntas eram essas!

PROFISSIONAL DO NASF 05
DATA: 06/06/2013

Pesquisadora: Bom, as perguntas são relacionadas ao processo de trabalho mesmo, eu costumo começar pela formação para deixar bem claro isso na entrevista, então gostaria que você falasse um pouco da sua formação, da sua trajetória profissional. Quanto tempo você é formada? Em que área você é formada?
Profissional do NASF 05: Eu me formei em terapia ocupacional em 2007, eu tenho 05 anos de formada e sempre atuei, desde que sai da faculdade, em saúde mental. **[Em saúde pública especificamente?]**. É, trabalhei 02 meses em saúde mental particular que é no hospital psiquiátrico de Maringá, mas depois eu já fui pra saúde mental pública, então eu fiquei um ano em Foz do Iguaçu num CAPS e depois eu fui chamada para o concurso aqui. Já faz 03 anos e 06 meses que eu estou aqui em Maringá atuando também, não só no NASF, mas como na saúde mental do município.
Pesquisadora: Então essa experiência no CAPS já tem 05 anos praticamente [já] da sua trajetória. Mas agora no NASF ela já é mais recente?
Profissional do NASF 05**:** Ela é recente, eu entrei no NASF em novembro de 2012, tem 07 meses, é tudo muito novo pra mim, porque é como eu falei, como eu sempre atuei na saúde mental, o NASF é uma proposta completamente diferente, de apoio a saúde da família, então eu saí da especialidade para trabalha no PSF. Eu mantenho até hoje esses dois vínculos com a prefeitura, um estatutário e outro celetista, então é tudo muito novo pra mim ainda.
Pesquisadora: Como você está entendendo essa proposta do NASF?
Profissional do NASF 05: Eu entendo, assim... tem muita gente que acha utópico, mas pra mim é uma coisa maravilhosa, porque quando se tem a oportunidade de ter a percepção da necessidade da população, porque, até então, antes com as políticas públicas anteriores, a gente não tinha a oportunidade de perceber a demanda da população. Nos entregavam as ações de assistência à saúde prontas e o NASF nos possibilita escutar essa equipe, o ACS, pra saber de onde vem a demanda, onde estão os problemas da população para serem resolvidos. Então é uma proposta que apesar de parecer utópica, pra mim, parece a solução em termos de políticas públicas de assistência. Essa é minha visão ainda medíocre, porque eu ainda estou vendo de forma muito pequena o NASF, em razão do pouco tempo que estou nele. Mas, acho que no futuro, quando estiver bem mais organizado, porque esse programa é muito novo também, acho que vai ser uma das excelentes estratégias de saúde.
Pesquisadora: E ai você já colocou que a ação do NASF é apoio, desenvolver esse apoio. Como você define o apoio que o NASF dá para as equipes?
Profissional do NASF 05: Então, quando a gente fala em apoio, a gente tem que entender que cada equipe tem uma necessidade, cada população tem uma demanda, então quando a gente pensa que um NASF ele tá dando apoio a 03 unidades básicas, a 09 equipes de saúde da família, no caso aqui da UBS 02, nós temos que levar em consideração quais são as nossas populações alvo, porquê? Porque as vezes é uma população alvo mais idosa, a necessidade daquela população, daquele território, é diferente de um território onde a uma população infantil, de adolescente etc. e tal. Então quando eu vejo apoio, é isso, é agente ter o olhar bem definido que quem vai determinar esse apoio e essa demanda são as equipes, não somos nós, não tem nada pronto e a necessidade que vem, vem das equipes.
Pesquisadora: Como terapeuta ocupacional existe uma especificidade na realização desse apoio. Quais ações e quais atividades que você como terapeuta ocupacional desenvolve no NASF?
Profissional do NASF 05: São muitas atividades, porque na verdade nem não consigo muito separar a minha formação em saúde mental da minha atividade no NASF. Eu como profissional, eu levo aonde eu vou a maneira como eu tenho a minha prática, então por exemplo, num grupo de hiperdia,

que eu atuo lá na UBS 03, o objetivo desse grupo é, indiretamente, promoção de saúde mental e prevenção de agravos, então é um grupo assim que até pouco tempo eles tinham que ficar esperando médico fazer a receita. E ficam irritados na fila, que demorava, a partir do momento que a gente criou esse grupo, então enquanto as pessoas estão esperando a receita ficar pronta a gente vai conversar sobre ações de promoção, de saúde mental, tem tido um retorno muito interessante das próprias pessoas e da equipe. A questão do artesanato está sempre muito ligada à terapia ocupacional, não necessariamente deveria estar, mas parece que é uma coisa quase que inerente. Então, os grupos de artesanato que estavam em inatividade, eu fui solicitada a recomeçar ou dar continuidade. Depois, continuo fazendo só matriciamento. Se existe alguma necessidade que esse grupo precisa, mesmo uma das equipes tá precisando criar um novo grupo, ou porque aquele grupo tá muito desmotivado, as pessoas já não querem mais ir, me vieram pedir um matriciamento nesse sentido, ótimo, vamos tentar conversar, vamos ver o que a população gosta, e como que a gente vai pode estar organizando para isso. Umas das propostas bem interessantes que essa própria equipe me solicitou foi para apoiá-las no desenvolvimento de um grupo operativo, porque o grupo operativo ele faz o processo inverso. As unidade básica tem problemas com relação a materiais, lápis, borracha, caderno, papel, folha, não tem nada, na verdade e daí quando a gente pensa que a gente vai propor uma atividade para uma determinada população, ou a gente presumi que ela tem o dinheiro para comprar esses materiais ou a gente fala assim "o que nós vamos fazer? não tem material, nós que vamos bancar?", não dá, já o grupo operativo a gente fornece material disponível e vamos construir algo em cima daquele material, um processo inverso, uma coisa muito interessante que está sendo construída com uma das equipes aqui da UBS 02. Além disso eu tô muito ligada com a rede de prevenção a violência que, inclusive eu não quero deixar em hipótese nenhuma, que eu estou saindo do NASF [é!?] sim, eu estou, infelizmente, estou saindo, não estou conseguindo dar conta dos dois serviços, pela questão mesmo do cansaço, ou você faz bem feito ou você sai. Eu não consigo fazer a coisa meio "no meio". Mas mesmo assim eu não quero sair do grupo, da rede de prevenção a violência porque eu acredito que está tudo muito interligado, as questões sociais, questões da saúde mental com a questão da saúde, tudo está muito interligado e a violência vem mais uma das consequências.

Pesquisadora: O NASF ele toca muita na questão de saúde mental da população, porque não tem como separar a saúde em geral da saúde mental e o NASF é uma proposta que avança nesse sentido, ele vai propondo quebrar esse paradigma da separação. Então, a política de saúde mental ela foi avançando, de certa forma, até chegar na atenção básica. Como é que você tem visto a integração da atenção básica com os dispositivos da política de saúde mental que foram sendo instalados no município?

Profissional do NASF 05: Eu acho que tudo precisa de tempo. Realmente as políticas estão aí, as propostas estão aí, são fantásticas, mas nós não podemos esquecer que cada profissional tem, na história da sua prática, uma forma de agir. E não se quebra um paradigma só porque o governo veio com uma nova política. Então, se você me perguntar hoje como é que nós estamos caminhando, eu te digo que existem alguns entraves. Muitas pessoas não conhecem o que é um CAPS, pra você ter uma ideia. Eu não estou falando de população; porque a população conhece. É interessante, porque ela tem um vizinho, ela tem um parente que já foi no CAPS. Quem não conhece são os profissionais. Isso é muito triste, né, porque os CAPS existem desde 2002; desde 1996, com o primeiro CAPS. Então, é muito tempo para que uma população não tenha acesso. Então, o que aconteceu nesse período que fragmentou as ações e tornou o CAPS um centro de especialidades, na verdade? E uma coisa que eu vejo, enquanto prática, é o "empurrômetro". O discurso é esse: "Mas como assim, ele foi pro CAPS!"; "Do que você tá falando, ele já tá no CAPS". Então, assim, ele já é do CPAS, "toma que o filho é seu". E esse é um dos grandes desafios, porque

muitas vezes, a gente liga na unidade básica e a UBS não tem informação nenhuma sobre aquele nosso paciente: se aquele paciente foi atendido ou não. Porque as questões clínicas também fazem parte da vida dele. Não é porque ele é um paciente com transtorno mental que ele não tem dor de barriga, que ele não tem uma micose no pé, né? Ele tem. Então, como se trata isso? Qual é a atenção que tem sido dada com relação a isso? A gente que tá do outro lado, a gente sente essa dificuldade. Mas é isso que estou falando pra você, não é uma ação unânime, uniforme. É uma ação que remete a prática daquele profissional, à forma de pensar e agir daquele profissional. Então, eu acho que o tempo vai resolver isso, né? E o NASF, vem aí para tá intermediando isso, porque as ações do NASF, você viu aquela ação que a gente teve no dia da Luta Antimanicomial, de mobilização de todos. Todas as ACSs compareceram. Foi muito bom isso. Porque são elas que estão lá na ponta, né? São elas que vão visitar, mas tem medo de entrar na casa, porque acham que os pacientes são agressivos, têm uma série de tabus. "Mas, meu Deus, se ele é louco, porque ele não tá no hospital psiquiátrico?" Porque não compreende. Não está errado. Ela não compreende, pois a prática dela não se criou dessa forma.

Pesquisadora: Para você, pode ser que essa pergunta não faça sentido, porque você trabalha em um CAPS, mas eu estou perguntando isso para todos os profissionais, para tentar identificar como é que os profissionais reconhecem os equipamentos que estão instalados em Maringá, que fazem parte dessa Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Então, a pergunta é essa: quais os equipamentos que você sabe que estão instalados em Maringá e que compõem a rede ou devem fazer parte da RAPS?

Profissional do NASF 05: Emergência Psiquiátrica, Consultório de Rua, é uma coisa nova, não sei se você já ficou sabendo que está instalado aqui. [Ah, sim! Já fiquei sabendo!]. O CAPS Canção (que é um CAPS II), o CISAM, o CAPSad e Hospital Psiquiátrico [fala pausada e seguida de risos]. Ele tem que estar, infelizmente, em alguns casos. Porque assim, um paciente para ele estar organizado mentalmente, eu preciso não só do CAPS, não só do CISAM, não só da Emergência Psiquiátrica, eu preciso que essa família cuide da medicação, que traga para consulta, que observe pequenas alterações para que a gente intervenha, né? Eu preciso que essa família traga no CAPS. Tem família que não trazem, né? Então, assim, adesão a medicação é um dos grandes problemas do CAPS. Inclusive, segunda-feira, a gente tem um matriciamento aí, um estudo de caso bem sério, mesmo, que na verdade eu que propus. A gente vai fazer com o CISAM, Hospital Psiquiátrico, CAPS Canção, CAPSad, Unidade Básica de Saúde, o médico psiquiatra, para saber o que a gente vai fazer, porque este caso já foi até para a Rede de Prevenção à Violência e é muito sério. É um caso muito sério! Então, assim, o que a gente percebe é que o serviço especializado, ele funciona. "Ah! O paciente surtou aqui". A gente manda o paciente para a Emergência Psiquiátrica e da emergência vai para o Hospital Psiquiátrico e quando sai do Hospital Psiquiátrico ele até vem com encaminhamento para o CAPS, mas nós dependemos da família, né? E isso vai ser discutido nesse estudo de caso segunda-feira: que "perna" que o CAPS tem para estar buscando, né? Não só ficar esperando que venha, né? Para estar buscando e isso aí é uma coisa que me incomoda há muito tempo. Porque eu acho que tem que buscar. Tem que ter "perna".

Pesquisadora: Aí, você toca nesse ponto, né: na necessidade de fazermos uma mediação com a família. O NASF tem até na denominação do programa essa preocupação com a família e a Estratégia Saúde da Família também. Em função disso, essa é uma concepção que eu busco saber dos profissionais. O que os profissionais que trabalham nesse programa entendem do conceito de família? O que é família para você?

Profissional do NASF 05: Família é todo e qualquer núcleo, independente se é pai e mãe, filho, genro; pode ser padrasto com... sei lá, com nora, neto de não sei quem... que se reúne dentro de um lar, que é chamado de lar, né? Nem sempre é um lar, porque é tudo tão tumultuado, mas são pessoas

que tem aquela relação afetiva e que convivem todos os dias ali e tal independente dos seus vínculos familiares consanguíneos ou não. Pra mim, isso é família. Mas, pra mim, tem um conceito maior do que família e que tá se perdendo, tô percebendo que tá se perdendo. Eu não sei se porque eu sou de uma família italiana, que a gente tinha que ir na casa da nona no domingo: 15 netos, mãe, tia, todo mundo naquela casa desse tamanhozinho; e tinha que ir na casa da nona, entende? Ah, se não fosse! Podia tá morrendo de febre, mas tinha que ir na casa da nona. Eu não sei se é por causa disso, mas eu sinto que algumas coisas estão se perdendo, em razão mesmo desse estresse do dia-a-dia, do excesso de cobrança, do excesso de trabalho das pessoas, né, da internet dos meus filhos que perdem muito tempo. Os filhos perdem aquele convívio, né? Então, eu faço muita questão. Pra mim, no domingo, não interessa, meus filhos têm que estar todos em volta da mesa. Pode estar morrendo, morre depois do almoço. Mas, antes do almoço não pode [risos]. Então, eu sinto que está se perdendo isso e quando a gente pensa em paciente com transtorno mental, em que aquelas pessoas por muito tempo até esqueceram que aquela pessoa faz parte da vida delas. Esqueceram. E de repente, elas são obrigadas a estabelecer um novo vínculo com aquela pessoa. E como que isso se dá? "Ah, tá! Oh, você passou vinte anos longe desse seu familiar, mas agora ele é seu, tá? Trata de ter vínculo com ele, de gostar dele, de cuidar dele..." Não vai ser assim, né? Essa família que acostumou com a ausência desse membro, ela mesmo, talvez até inconscientemente, porque vamos, lá, eu não tô culpando uma família, dizendo que é de forma consciente. Mas, até de forma inconsciente, ela faz confusão com a medicação, justamente para que a pessoas vá para o hospital e permaneça mais um tempo lá, porque não foi preparada para receber. Essa família não teve um preparo para receber esse novo integrante. Porque é um integrante consanguíneo, mas não é um integrante vinculado mais àquele núcleo. E eu sinto muita preocupação com isso. Então, quando eu vejo, por exemplo, aqueles pacientes saindo de longas internações psiquiátricas e vindo para Residências Terapêuticas, eu falo assim: "Como que é feito isso?". Aquelas pessoas que já estão ali - que já tem transtorno mental-, aquele cuidador que tá ali, ele já se adaptou àquelas pessoas. Vai ter que se adaptar de novo ao outro. E aquele outro que saiu do Hospital Psiquiátrico, ele tem que se adaptar a esse novo ambiente, a essa nova rotina, né, aquela desinstitucionalização que a gente conversou que não é o desospitalizar, né? É criar tudo de novo. É um grande desafio, né? Mas, eu acredito que não dá para o CAPS em si ou só a rede especializada, ela não tem "perna" para fazer isso. Ela precisa do NASF, ela precisa da unidade básica, ela precisa da ESF. Porque é o ACS que vai estar lá escutando que necessidades, que dificuldades que aquela família tá tendo, para trazer em estudo de caso e para se pensar em ações pra ajudar aquela família vinculada com a própria pessoa.

Pesquisadora: E aí a gente precisa desenvolver esse trabalho em equipe, esse trabalho de rede que passa pela necessidade de que exista uma integração das equipes. Você trabalha em dois dispositivos que... Aliás, agora, todos os dispositivos da Saúde Pública estão tendo essa preocupação em trabalhar em nós, profissionais, a ideia do trabalho em equipe, né? Como tem sido, para você, trabalhar em equipe multiprofissional e lidar com diferentes áreas de saber?

Profissional do NASF 05: No NASF? Fantástico! Meu Deus, eu olho para os meus colegas e falo assim "vocês são maravilhosos, vocês estão me ensinando tanto". É muito novo. A prática, quando você pensa numa prática construída por muito tempo você pensa numa prática biomédica, naquela razão, problema-solução ... essa quebra de paradigma, quando você já está numa prática e quando você entra no serviço público desse que nem o CAPS, lá tem profissionais que estão a 15 anos na prefeitura como tem profissionais que acabaram de entrar, como tem você que faz 03 a 04 anos e que você tá ali meio ... tentando uma coisa, tentando outra tal. Então você não lida só com os saberes, você lida com essa prática e com esse discurso "ah, não tá tomando remédio, manda para

o hospital psiquiátrico! Ah, nós temos regras que tem que ser seguidas, rígidas de horário de almoço, horário de café. Como que o paciente se atreve chegar 10h01m aqui? Não vai poder almoçar", esse tipo de discurso a gente escuta, mas escuta porque a prática daquele profissional foi construída em cima de uma visão biomédica e o que você faz com ele? Você vira para ele e fala "olha, você vai deitar hoje e esquecer tudo que você aprendeu e amanhã você vai acordar com uma outra visão", não dá! E o NASF é maravilhoso por causa disso, porque a prática está sendo construída já nessas novas políticas, nessa nova política não do assistencialismo, mas do apoio e ... e do apoiar a construção, quem vai construir é o outro, eu não vou construir para você. Então eu olho para os meus colegas "Meu Deus! Por que que eu tenho que sair daqui?", mas eu tenho que sair porque eu não estou aguentando, o corpo não está aguentando mais. É terrível para mim, foi muito difícil. É toda a utopia que eu sempre tive de trabalho na especialidade e que eu vejo dentro do NASF.

Pesquisadora: Gera em nós um encantamento. [Encantamento, nossa!] **Eu tenho que cuidar com esse encantamento na hora da pesquisa. Mas é realmente uma proposta muito interessante. Para finalizar eu pergunto também a concepção de saúde e doença. Qual é sua concepção de saúde e doença?**

Profissional do NASF 05: Essa pergunta é... eu até sei a resposta bonitinha mas não vou falar, porque é ridícula a resposta. Eu acho assim que saúde é você se sentir muito bem com aquilo que você tem na vida. Só que sentir-se muito bem é variável, porque hoje eu me sinto muito bem, hoje é um dia muito bom pra mim, já acordei ótima, eu tenho certeza que o dia vai ser maravilhoso, amanhã pode ser que não seja um dia tão bom. Mas eu tenho que ter uma estrutura psíquica boa para entender que hoje é um dia bom, graças a Deus! Amanhã pode não ser, mas tudo bem, eu vou passar por ele, "na boa" e aquele dia ruim não vai me adoecer. Então quando a gente tem essa concepção que ser feliz não é uma ausência de problemas, ser feliz é ter a capacidade de resolução desses problemas sem adoecer, pra mim a concepção de saúde é isso, eu encontrar formas de me sentir bem, relações afetivas que me tragam coisas boas, fugir do estresse, tentar fugir o máximo do estresse, investir em qualidade de vida, boa alimentação, bom acesso à saúde, uma série de fatores que envolvem e que a gente tem que buscar sempre, não é uma coisas assim "tá bom, já tá lá em casa dentro da gaveta, eu já tenho tudo isso", mas é uma coisa construída, saúde é uma coisa construída. A minha mãe tem 77 anos e eu falo para ela que ela é um passarinho, porque o que ela come de semente, "eu nunca vi um negócio desse", todo tipo de semente, que ela sai carregada de semente, e ela não joga no armário, ela come aquilo. Ela conhece tudo quanto é semente, o que não é bom... e eu falo " mãe, você vai viver até 120 anos desse jeito". Pratica Tai Chi Chuan há 25 anos, pesa 49 quilos, pratica atividade física regularmente, alimentação saudável, vai viver até os 120 anos. Tem uma religiosidade, importante ter uma fé, é um conjunto de fatores na verdade e um dos fatores muito importante é as relações afetivas dentro da família. Tem uma senhorinha de 90 anos que num dos... fez uma lista de 45 coisas essenciais para vida e uma delas é "o trabalho não vai cuidar de você, quem vai cuidar de você é a família". Não se dedique tanto ao trabalho, tenha seu tempo com a família e essas relações tem que ser de qualidade, de sentar, de conversar, de depois do almoço "juntar um edredom enorme na sala enfiar tudo em baixo", essas coisas. Então, eu acho que isso é saúde, essa construção diária desse bem estar e saber que não é constante. Doença é tudo ao contrário... é tudo que você não investe, as relações que você não investe, as vezes a doença não vem de forma visível, você não está enxergando ela, as vezes você até está camuflando através de um sorriso, de um olhar carinhoso, mas os seus sentimentos não estão da mesma forma e o seu físico vai responder ou seu físico não está bem, seu emocional vai responder. Então, eu acredito que a doença é tão construída quanto à saúde. Se você não cuidar do seu corpo, das relações afetivas, das relações sociais, da sua satisfação no seu trabalho, porque a frustração no trabalho

adoece muito, se você não cuidar disso sempre, você vai adoecer. Ou físico ou emocional ou nos dois. É um processo constante.

Pesquisadora: Bom, as perguntas são essas, como eu disse pra você, são perguntas relacionadas ao processo de trabalho, não sei se você gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

Profissional do NASF 05: O que eu sinto ainda é essa fragmentação da saúde mental dentro das unidades básicas e essa fragmentação é cultural e por falta de capacitação também das equipes, essa mudança de paradigma é difícil, as ações elas devem ser coordenadas para que acham realmente um efeito positivo e não dá para ser uma vez por ano no dia da luta antimanicomial. Eu acho muito importante que aja ações de promoção de saúde e prevenção de agravos, que a gente tenha o olhar do que poderia estar acontecendo e estar pensando ações para que não ocorra, para que 2016 a depressão só vai perder para as doenças cardíacas e nós vamos viver num mundo que chora. Então, o que nós vamos fazer para que em 2016 o mundo não esteja chorando, que tipo de ações, de justiça social, porque a gente sabe que essa injustiça social ela tem agravos e tem consequências e como que a gente pode tá atuando, eu acho que é um pensar junto, da especialidade, do NASF, da unidade básica, da assistência, da rede inteira, do esporte, da cultura e essas ações coordenadas elas ficam tão difíceis de acontecer, tudo que você vai fazer, você precisa de um ônibus da secretaria de transporte, "um parto", entende, agora você imagina, se para conseguir um ônibus para fazer um passeio é um "parto", você imagina uma ação coordenada, eu acho que uma das grandes dificuldades mesmo dos entraves, são essas questões burocráticas e a falta de disposição individual, porque tem muito profissional que não quer fazer e não tá nem ai, só que usar o serviço público para aposentar e acabou. Eu não quero perder isso, porque muitos profissionais, principalmente no CAPS já me disserem que foram assim como eu sou, com essa utopia de acreditar que as coisas vão acontecer e de investir e de correr atrás ... "ah, eu já fui assim minha filha, cansei!", eu não quero perder isso, eu não quero que esse discurso seja o meu discurso daqui a 10 anos, eu quero acreditar e o NASF é o acreditar, ele permite isso [porque a gente vai visualizando as coisas] eu acho importante esse trabalho seu porquê... dá um pouco de identidade maior aos NASFs quando se pesquisa sobre ele dá identidade, visibilidade, é muito importante um trabalho desse como o seu.

Pesquisadora: Ok. Essas eram minhas perguntas. Você gostaria de dizer mais alguma coisa?

Profissional do NASF 05: Não, é só isso mesmo. E muito obrigada você pela pesquisa. Depois vai nos ajudar!

Pesquisadora: Eu espero que sim!

PROFISSIONAL DO NASF 06

Data: 20/05/2013

Pesquisadora: Aqui está a via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que ficará com você. Desde já, eu agradeço a sua contribuição com a pesquisa. Então, aqui pelo meu roteiro, eu gosto de começar pela sua formação e pelo seu tempo de trabalho como profissional da Atenção Básica.

Profissional do NASF 06: Bom, eu me formei em 2006. Então, já faz 7 anos que estou formada. Na Atenção Básica, faz pouco tempo que eu entrei. Foi com a aprovação para o NASF que eu vim a trabalhar na Secretaria de Saúde. Faz nove meses que estou no NASF. Os primeiros meses foram muito difíceis, causou um desânimo e uma incerteza se eu tinha feito a coisa certa de sair de um

outro emprego que eu estava há seis anos, né? No meu antigo emprego, o foco era o paciente fissurado labiopalatal. Então, eu corria atrás dos direitos dos pacientes e buscava inserir no tratamento e prestava toda a parte de assistência para que esse paciente pudesse receber tratamento. Eu trabalhava em uma ONG e ficava muito voltada para aquele trabalho. Não tinha tempo, assim, para ficar participando de capacitações e outros cursos de formação. Eu ficava só lá dentro daquele ambiente e eu ficava meio isolada do restante. Há uns dois anos atrás, eu comecei a ter um pouco mais de contato com outros serviços da rede de assistência social do município. Mas, eu fiquei muito focado no problema da fissura. Aí, lá eu comecei a ter uma visão da necessidade de ver o paciente como um todo e eu pedi para começar a participar de outras capacitações e comecei a me envolver com as outras políticas. Mas, assim, ainda foi muito pouco. Agora, você imagina, eu vim cair no NASF, que atende 3 UBSs. Sabe, eu não conseguia entender como eu ia desenvolver o meu trabalho. Porque lá, era o serviço que me procurava, para agendar cirurgia, para atender o paciente, agendar outras consultas dele, cuidar do processo do paciente que vinha me procurar. Aqui, não, você tem que praticamente criar o serviço. Então, eu senti muita angustia. Mas, eu contei com o apoio de uma colega que estava minha que é assistente social também e entende de políticas de saúde. A equipe de NASF também me ajudou muito. É uma equipe muito coesa que procurou me dar o suporte. Mas eu também tinha que começar a entender como a coisa funciona. Então, eu comecei a sentir certa cobrança: "Ué, você não foi na UBS3? Já faz 2 semanas que você não vai lá?". Mas, eu pensava que eu não tinha que ir lá, porque não tinha nada agendado para eu fazer lá. A princípio, eu ia acompanhando os colegas, os demais profissionais, né, nas atividades de grupo, grupos de gestantes. Logo que eu entrei, a nossa equipe aqui, né, me deu um tempo para que eu pudesse conhecer o trabalho e estar acompanhando eles no que eles faziam, mas a partir de novembro, eu entrei em agosto, a partir de novembro, eu já começaria a fazer propostas de trabalho também. E aí, eu participava de todos, mas até você fazer o primeiro, eu tremi na base. Então, é um trabalho muito amplo, o leque é muito grande. O susto foi grande. Demorou um pouco para eu começar a enxergar o que posso fazer lá. Mas eu fui estudar, porque eu não tenho preguiça de trabalhar, de estudar. Então, eu fui buscar, eu fui atrás de aprender como era esse serviço. Mas ainda me sinto perdida, às vezes, porque agora, por exemplo, com o APSUS, eu já fui colocada como facilitadora. Nas primeiras reuniões o meu conhecimento do setor básico, da rede de saúde, ainda é pouco. Mas, daí, o que eu faço? Eu vou em várias as reuniões do APSUS com as equipes, mesmo daquelas que eu não sou uma das facilitadoras, para aprender com meus colegas. A partir da segunda etapa das oficinas, eu já estava ajudando mais o NASF a ser o facilitador desse processo. Entendeu? Mas, eu sento que eu tô evoluindo. Apesar de todo o sofrimento inicial, o que eu aprendi e vou aprender ainda, não tem o que pague. Hoje, menina, eu falo assim, que o leque é muito grande. A gente trabalha desde o grupo de gestantes, direitos dos usuários, aí você vê a questão das outras áreas de saúde, com os outros profissionais. Participando das reuniões, com as equipes, o meu universo foi se abrindo. Apesar, das angustias de um serviço, o conhecimento que eu tô tendo, nessa correria de atender 3 UBSs, por aí, já valeu toda pena eu ter assumido essa função.

Pesquisadora: Quais são as ações que você tem se envolvido mais diretamente agora? E como você tem entendido o NASF?

Profissional do NASF 06: Bem, como facilitadora do APSUS eu estou mais diretamente envolvida com duas ESFs. São 3 reuniões com cada equipe para cada módulo. Também estou participando das reuniões de APSUS das ESFs que eu não sou facilitadora, para aprender mais e acabo ajudando, na hora da dinâmica. Agora, assim, a primeira ação que eu senti que eu pude contribuir mais até como assistente social foi do grupo de gestantes. Nesses grupos eu procuro dar a minha contribuição como assistente social e trabalho com os direitos das gestantes. A partir daí, você começa a ser procurado pelas equipes para dar outros suportes, porque eles começam a ver que eles

podem contar com você. Mas, veja bem, eu comecei daí a ser procurada pelas enfermeiras. Lá no caso da UBS 01, que é uma região que tem muito idosos, as enfermeiras começaram a me procurar muito por causa da questão dos direitos dos idosos, no caso em que os direitos estavam sendo violados. Ai, eu comecei a dar uma atenção especial aos casos e comecei a me sobrecarregar. Pra mim, é difícil definir o NASF, porque todo mundo confunde o NASF. Quando eu entrei, coincidiu que a Assistente Social da UBS entrou de férias. Então, casos que seriam para ela, começaram a ser encaminhados pra mim. Como eu não tinha tantas atividades no começo, eu falei pra minha equipe se eu poderia ir atendendo, porque assim, eu já ia aprendendo e não ficava só acompanhando eles. Aí, eu comecei a assumir casos, porque ela estava de férias e depois ela precisou tirar uma licença. Então, quando eu vi, eu estava superlotada de casos das 3 UBSs, fazia visitas com a ESF com meu próprio carro e eu estava sem tempo para fazer as ações com minha equipe de NASF. Então, daí, a gente se reuniu e eu entendi que eu tinha que colocar isso pra mim mesma, que o NASF não é a porta de entrada. Mas eu tinha dificuldade também de colocar isso para as enfermeiras, por exemplo, eu não conseguia falar não. À medida que eu fui vendo que tinha coisas que não era pra mim, eu comecei a trabalhar essa conscientização com as equipes que eu não posso assumir caso, que tem caso mais emergencial que a gente vai assumir junto, mas que minha ação não dá para assumir os casos de todas as equipes, por que é muita equipe para uma pessoa só. Depois que eu fui pegando o jeito da coisa, comecei a me envolver mais também com as atividades de hiperdia, com os grupos de artesanato, que alguns são chamados de grupo de convivência. E aí, eu tenho trabalhado os direitos dos usuários do SUS e tenho me preocupado com a inclusão de outros usuários em atividades. Então, eu tenho me envolvido no apoio aos grupos de artesanato e grupos de convivência que estão começando ou que estão se reestruturando, porque tem aqueles que já estão estruturados, que a gente vê assim, que já tão funcionando numa boa, como atividade de lazer mesmo. Mas nos outros, eu não só apoio como também vou lá e participo junto. Na UBS 03 a psicóloga também faz esse trabalho junto com a gente e este grupo tá de lá tá começando a crescer agora. Mas, esse grupo, veja só a história dele. Ele era um antigo grupo que acabou, mas as usuárias começaram a procurar as ACSs para retomar. Aí, teve umas dificuldades iniciais com relação a espaço, a responsabilização da ESF, aí nós começamos a fazer as reuniões com as equipes para tratar disso, a enfermeira da ESF, como chefe, apoio a retomada do grupo, a psicóloga da UBS veio participar junto e começou a encaminhar os pacientes de saúde mental, então, foi uma coisa, assim, que quando a gente percebeu, o grupo tinha se constituído. Temos lá, desde pacientes com depressão leve, pessoas que estão com afastamento do trabalho para tratamento de saúde, pessoas com transtornos graves de saúde mental, paciente com pensamento suicida, pessoa com sofrimento por luto. Então, esse grupo não tem data pra acabar. E eu tô apaixonada pelos resultados que a gente já ta tendo. É gratificante. No começou, a gente não tinha material, fomos na secretaria pra ver e tudo, mas foi difícil. Tanto que eu e a psicóloga da UBS 03 acabamos comprando um monte de material no começo. Mas, assim, valeu a pena, porque agora já tem resultado. Tem aquelas pessoas que já deram depoimento no grupo de como elas melhoraram e elas não faltam! A gente faz confraternização de aniversário, a gente, de vez enquando, leva um profissional diferente para tratar de um tema que seja importante pro grupo. Por exemplo, eu trabalhei o auxílio doença, porque tinha aquelas pessoas no grupo que tava precisando. E, além desses, outra atividade que eu estou, assim, me envolvendo mais também é com os grupos da Rede de Prevenção e Atenção à Violência, que são dois que eu sou a coordenadora dos dois. Cada grupo tem uma reunião por mês, então, são duas reuniões mensais que eu tenho que organizar e participar, fora a reunião geral dos representantes dos 13 grupos que também acontece uma vez por mês. Esse é um grupo difícil pela temática dele, né. Envolve muito caso de violência com criança. Mas é um aprendizado enorme. Agora, os grupos têm características diferentes. Tem um que tem uma adesão bem grande dos

diversos serviços da rede. É difícil algum serviço, sejam escolas, seja os centros educacionais infantis, conselho tutelar, cras. Mas os outros já é difícil porque desde que começou, sempre teve uma dificuldade de ir o conselho tutelar, por exemplo. Fora isso, os casos são bem complexos, mas isso nos dois grupos. Aquele que tem mais adesão dos serviços funciona melhor porque a nossa dificuldade não tem sido identificar e perceber as situações de violência. Já foram feitas várias capacitações, para os profissionais dos diferentes serviços e eu até vou propor mais algumas esse ano, porque tem coisas que passam aos olhos, ainda né. Mas a nossa dificuldade não tem sido identificar e notificar a violência. Tem sido encaminhar e inserir essa pessoa na rede de cuidados. Aí, tem aqueles casos que envolve a promotoria pública, aquele conselho tutelar que não vai e é aí que fica difícil. É uma luta. Outra coisa que eu tive que trabalhar com os grupos foi a questão da ética para podermos tratar dos casos com muita ética para não expor os casos, já que são muitos serviços que estão envolvidos, tem reunião que tem representantes de 9 instituições diferentes. Então, problematizei essa questão da ética com muita seriedade com os profissionais envolvidos, para que aquelas famílias não virassem conversa de corredor, sabe, e outras coisas de profissionalismo e postura ética mesmo. Aí, eu fiquei bem feliz, porque apesar das dificuldades dos casos, eu comecei a receber elogio, então, tá sendo um aprendizado. Porque, assim, nós temos trabalhado cada caso até a resolução. Enquanto aqueles casos não tá resolvido, a gente vai retomando. E assim, os resultados já começaram a aparecer. No grupo a gente faz assim, a gente levanta o caso e identifica quem são as instituições que estão próximas daquela situação, daquela família. Depois a gente divide as tarefas que cada um vai desenvolver, com data para aquela ação ser providenciada. Nas reuniões seguintes, a gente retoma o caso e vê como tá indo. Por isso que precisar ir sempre os representantes de cada instituição, porque daí, a gente atualiza as informações sobre cada situação e vê também se tá tendo adesão por parte da família das propostas que fazemos de intervenção. Aí, como alguns representantes de instituição começaram a faltar, agora, a coordenação mais geral dos grupos da cobrando um posicionamento mais firme das secretarias municipais. Por exemplo, a Secretaria Municipal de Educação já estabeleceu lá obrigatoriedade dos representantes das escolas e centros educacionais infantis de estarem indo em todas as reuniões. Então, agora, quem sabe outras secretarias façam o mesmo e isso pode melhorar. Mas, voltando à sua pergunta, eu vejo assim, eu já tô aprendendo como é ser assistente social do NASF, mas eu ainda me sinto sobrecarregada, porque não tem jeito, tem situações que a ESFs traz, que a gente tem que acompanhar junto e aí, tá, você precisa fazer um atendimento domiciliar conjunto com a equipe, mas o dia que você pode posso, não é o dia que a ESF tá com o carro disponível lá para na visita. Aí, vai eu pegar o meu carro para visitar. Então, nessa última Conferência Municipal que nós participamos nós fizemos a proposta de que para essas 3 UBSs tenha mais uma assistente social que fique como referência assistencial. Porque tem muito caso, muito caso de família complicado de resolver. Então, assim, esses casos eu já entendi, não é para o NASF ficar atendendo. Onde entra o nosso trabalho, então? Entra, assim, no apoio a ESF, tal como tá escrito em qualquer papel. Mas, assim, a ESF ela tem as limitações dela. Vamos pegar, por exemplo, o hiperdia. Qual é o trabalho que a ESF faz? Ela verifica a pressão arterial, verifica glicemia no sangue, né, e tal. Mas com o nosso trabalho, entram os outros profissionais para trabalhar aspectos mais amplos daquele problema de saúde ali, por exemplo, a nutricionista dá as contribuições dela sobre a alimentação, a educadora física vai trabalhar a questão dos exercícios, da importância. Então, quer dizer assim, é um cuidado preventivo. Claro que tem muita coisa curativa ainda, mas é uma ação preventiva que evita outros agravos. E no meu caso, entrando a assistente social, a gente trabalha as questões do direito dos usuários, por exemplo, nesse grupo. E, qual é a importância disso. Olha a importância disso é o usuário mesmo que tem reconhecido e isso tem feito as ESFs também reconhecerem que o trabalho da gente é importante para elas, porque, muitas vezes, quando a gente chega para ESF e

diz que tem que trabalhar tal coisa, a ESF fala que não precisa, porque no grupo dela tá tudo bem. Então, assim, tem ESF que tem resistência também. Mas, daí, a hora que a gente vai lá no grupo e faz um trabalho de educação em saúde sobre os direitos dele, os usuários começam a se manifestar e perguntar e participar. Aí, você vê que realmente o trabalho do NASF é um apoio, é um complemento do trabalho da ESF. Eles trabalham na base de frente. A gente vem e vai trabalhar com eles a prevenção. E aí, a gente começa a ver que muda um pouquinho daquela fala do enfermeiro, da médica, do ACS, sabe, que ficava no grupo só cobrando os usuários que eles têm que se cuidar e tal. A gente tenta, enquanto equipe do NASF, tornar aquele momento do grupo um momento mais agradável para que não seja só uma cobrança. Daquele negócio assim, da ACS, a gente tenta enquanto equipe do NASF tornar aquele momento do grupo um momento mais agradável para que não seja só uma cobrança. Como por exemplo, o grupo que eu e a terapeuta ocupacional fomos dar apoio matricial, a gente foi dar suporte na parte assistencial no grupo de hiperdia e resolvemos tratar das questões da saúde mental. Só dela começar a falar, as pessoas já começaram a se manifestar com seus problemas, mas que não teriam sido abordados se fosse só aquele grupo de hiperdia com consulta, com verificação de pressão e glicemia. Então, com o NASF, a gente percebendo isso, começa a ver que não é só a terapeuta ocupacional, porque ela trabalha com saúde mental, que vai perceber o usuário com uma necessidade de atenção à saúde mental, não. Aí, entra a educadora física, a nutricionista e eu também como assistente social começo a ver essa necessidade dessa pessoa. Então, esse horizonte que eu te falei no começo que aumentou, ele serve para isso. Porque isso? Porque eu tô lá, vamos supor, num grupo de gestante. Ali, eu posso perceber outros problemas em uma gestante, que eu não perceberia se não tivesse esse trabalho em conjunto do NASF. Outro exemplo. Lá na UBS 02, na reunião com as gestantes, a médica não começa o grupo sem os representantes da equipe de NASF chegarem e ela participa ativamente de todos os grupos. Eu aprendo muito com ela, ela pediu para gente ajudar a acompanhar a gestante de alto risco, na reunião a gente vê como é que tá o caso, a situação. Aí, a gente aprende a desenvolver um olhar que antes a gente não tinha. Às vezes, o dia do grupo, a nutricionista não tá junto, mas a gente já começa a perceber que a gestante tá com um ganho de peso excessivo. Aí, por mais que a nutricionista não tava junto aquele dia, na hora de reuni com a ESF, a gente já vai fazer referência daquela situação. O legal, então, é essa possibilidade de troca. Eu vejo que você evita encaminhamentos desnecessários, você dá mais uma opção de assistência aqui na base. Aumenta o leque de opções.

Pesquisadora: Então, pegando esse gancho, como é que você tem visto a atenção à saúde mental aqui em Maringá?

Profissional do NASF 06: Olha, eu já sentia essa dificuldade no meu outro emprego, onde a gente já tinha dificuldade de encaixar o paciente ou a família, a mãe, principalmente, da criança fissurada labiopalatal, em atendimento psicológico quando havia a necessidade. Tentava na UBS, não conseguia. Tentava no CISAM, não conseguia. Dois casos de tentativa de suicídio de mãe de paciente que estavam precisando dessa assistência, eu consegui atendimento a base de ameaça, que se a pessoa ficasse sem atendimento, eu ia denunciar por negligência. Nesses casos, precisava de intervenção psiquiátrica e uma dela a gente encaminhou para o CAPS Canção. Nos dois casos, nós tivemos um fim muito feliz, porque com o medicamento, uma com a terapia e a outra com as oficinas do CAPS, melhoraram e depois tive notícia que persistia tudo bem. Uma família até mudou de cidade, mas como Maringá era referência, eles voltavam e estava tudo bem. Mas, então, aqui na Atenção Básica, a fila de encaminhamento para psiquiatra é enorme. E, primeiro que eu via assim, o olhar das equipes ainda muito cru em relação a isso. Então, essa ação de apoio matricial que a gente fez com as ESFs focando na saúde mental e você tava lá, você viu, é muito importante para capacitar as equipes e trazer melhor informação para as ESFs poderem identificar isso melhor,

antes de cronificar. Vou te dar um exemplo, uma ACS veio me procurar para falar de uma família. Ela começou a me contar a situação da família e eu comecei a ficar assustada. Os dois, marido e mulher depressivos graves, a casa abandonada, as crianças negligenciadas. Mas, daí, eu falei para a ACS, como assim, desde quando? Ela me disse: "Ah, a mulher tá assim faz uns três ou quatro meses, mas o marido, já faz um ano". Eu perguntei de novo: Como assim já faz um ano? "Ah, já faz um ano que ele não trabalha, só fica em casa, não corta cabelo, não faz a barba, parou de tomar banho". E o que essa ESF fez? Nada, nem comentou. Então, assim, você entende como é importante você problematizar isso com a ESF? E tem outros casos, que ocorrem dessa mesma forma. Teve um caso desses que o paciente é agressivo e os pais são idosos. Esse paciente, às vezes, agride os pais. Ele mora na edícula da casa dos pais e os pais morrem de medo dele. Então, quem trouxe o caso desse paciente portador de transtorno mental não foi a ESF. Foi o CREAS, que tava precisando de algumas informações e pediu para eu ir lá fazer uma visita. O CREAS incluiu esses pais em um grupo de pais que tem filhos com transtorno mental. Mas eles não foram ainda. Bem, antes de ir lá, eu fui falar com a ESF. Quando eu falei o local da residência, a ESF ficou só falando dessa mãe. A mãe, às vezes, marca as consultas e não vem, aí depois vem querendo ser atendida na hora que bem entende. Aí, ela briga com a ESF e já fez até denuncia no 156 e tudo. Aí, fui trabalhar com a equipe a necessidade de enxergar para além disso. Mas, olha, falaram um monte pra mim: que não tinham nada com esse caso, que não iam fazer a visita, a enfermeira disse que o médico não ia passar esse risco, porque o paciente é agressivo. Realmente o paciente é violento. O complicador é que ele não está tomando remédio, mas está bebendo e usando droga. Aí, eu coloquei para a ESF que o CREAS me pediu o relatório dessa família e se a ESF não pudesse ir lá comigo, eu teria que colocar isso no relatório que o CREAS pediu. Então, com muita dificuldade nós conseguimos fazer a visita. Mas, quando chegamos, a família estava resistente. O pai principalmente nos recebeu bem, mas não queria falar nada. Só dizia que estava tudo bem. Até que, com muito cuidado, a gente foi conversando e ele contou que estava tudo bem porque o filho tinha acabado de voltar da internação na Emergência Psiquiátrica e estava medicado. O que aconteceu foi que o filho havia agredido o pai dias antes, o pai chamou a polícia e a polícia levou para a Emergência Psiquiátrica. Então, a gente vê assim que, com essa história de desinstitucionalização, eu acho que temos muito o que caminhar, porque eu vejo que a família não está preparada para receber, a ESF também não tá preparada e tem pouca casa terapêutica, né, acho que Maringá só tem 1, **[tem 3]**, tem 3 então, mas mesmo assim, não dá conta. Mas, olha, eu também sou muito nova nesse assunto para poder falar, né.

Pesquisadora: E quais outros dispositivos de saúde mental você conhece, você sabe que tem aqui de Maringá?

Profissional do NASF 06: CAPSad, o CAPSi, o CAPS Canção. A questão do hospital psiquiátrico, olha, eu não sei. Na época que eu estava lá no meu outro emprego, eu cheguei a participar por um tempo do HumanizaSUS. Eu tive uma experiência de atendimento de um familiar meu no hospital psiquiátrico, que eu fiquei muito decepcionada. O que eu vi e vivi ali, na pele não foi o que eu vi no HumanizaSUS. Foi horrível. Senti muito destrato, mau trato. Mas não só por conta do meu familiar, mas por conta dos outros até mais. Faz três anos que isso aconteceu, mas até hoje eu me emociono quando eu lembro do que eu vi e vivi lá. O que eu aprendi no HumanizaSUS não tinha nada a ver com o que eu vi lá. O baque que eu tive com aquela realidade, foi quase pior do que o baque que a vida tava me dando naquele momento. O que eu falo, não é o que eu ouvi, mas o que eu vivi nos 45 dias que esse familiar meu ficou lá. Por isso, eu tenho muito desânimo e acho que a gente vai ter muita luta ainda nessa área. Eu sinto muito que temos que trabalhar isso necessidade de que a ESF se aproxime mais dessa realidade. Nós temos procurado problematizar isso com a equipe, principalmente com as ACSs. E tem ACSs, assim, que se destacam, pela inteligência, pela

humanidade, pelas noções de direito dos usuários, pelo comprometimento em participação social. Eu fico, assim, adoro ouvir a fala delas. Mas, sabe, tem equipe que não é só o caso de não querer fazer a visita, mas que reclama de tudo, reclama da luz, reclama do ventilar que enrosca, reclama de tudo.

Pesquisadora: E agora que você está trabalhando com saúde, qual é a sua concepção de saúde?

Profissional do NASF 06: Nossa, eu lembro do primeiro dia de aula de serviço social. A professora fez essa pergunta e uma pessoa disse: "Eu sei! É ausência de doença". Aí, a gente já escutou um monte de caquinha no primeiro dia. A melhor visão de saúde eu aprendi aqui no NASF. Eu tinha uma concepção, mas hoje eu tenho ela muito ampla. Hoje eu vejo saúde como um conjunto de condições que você pode estar vivenciando. Condições de moradia, de lazer, de acesso aos atendimentos da saúde, participar dos preventivos, dos programas, o trabalho, a convivência familiar. Hoje, eu consegui enxergar que a saúde não é só ausência de doença. É uma visão muito simplória, essa né. Porque tem a pessoa que ela não tem a doença física, mas ela não tem saúde mental, ela passeia, ela não se distrai, ela não sorri, ela não se relaciona bem. Então, ela é doente de outro modo, né. Então, eu vejo saúde como um conjunto de condições que te levam a saúde mental, física. Hoje, eu vejo a importância da saúde mental para a pessoa ir enfrentando as dificuldades da vida, ir driblando tudo aquilo que pode deixar ela doente.

Pesquisadora: Ao falar das ações desenvolvidas e das questões relacionadas a saúde mental, você falou bastante sobre família. O que você entende por família?

Profissional do NASF 06: Família é a base de tudo. Hoje eu vejo que os grupos que a gente tem na rede de violência, 90% deles, acontecem por conta da desestruturação familiar. Antigamente, quando a gente pensava família, a gente já pensava em papai, mamãe e filhinho. Hoje, você sabe maior que eu que hoje a concepção de família mudou. Hoje, a concepção de família mudou. Então, é um conjunto de pessoas, que tentam conviver com as diferenças, com as desigualdades e que conseguem conviver em um ambiente. Família tem que ter respeito, tem que ter amor, amizade, partilhar. Eu acho que quando a família pensa junto, vive junto. Hoje, essa concepção de família que a gente tem hoje, não importa se a mãe é do segundo casamento, o pai e hoje a gente já começa a conviver com os casamentos homossexuais, né. Alguns casos que eu conheci pessoalmente em que muitas famílias de papai, mamãe e filhinho do mesmo sangue não tem nem 10% do que tem esse casal que adotou essa criança. Hoje, eu acho que família é tudo isso, independente. E hoje a gente tem que enxergar isso do outro lado, porque hoje as famílias são diferenciadas. Aí, o fundamental é o respeito. Nas famílias que a gente acompanha mais de perto, como no caso das famílias da rede de violência, o que falta é isso. Porque nesses casamentos secundários, aí entra o abusador e aí, em alguns casos, a mãe deixa o filho ir embora. Tivemos um caso assim agora. Eu acho isso uma coisa muito triste, né. Mas, é isso, eu acho que a gente tem que saber conviver com todas as diferenças e conseguir, a partir disso, respeitar o outro em sua individualidade, com suas diferenças e conviver. Ter amor, ter respeito. É isso!

Pesquisadora: Tem mais alguma coisa que você gostaria de destacar sobre o seu trabalho, sobre o NASF, sobre a Rede de Saúde de Maringá?

Profissional do NASF 06: Não. Nossa, já falei muito! Se você der corda, eu fico aqui falando.

Pesquisadora: Quero agradecer sua participação, desde sempre, desde o início da realização da pesquisa, pela disposição e pelo acesso e acolhida à pesquisa. Muito obrigada!

PROFISSIONAL DO NASF 07
Data: 06/05/2013

Pesquisadora: Bem, as perguntas são bem simples, são relacionadas à sua experiência profissional. É mais uma conversa que uma entrevista. Eu gostaria que você começasse falando um pouco dessa sua experiência e de como tem sido para você trabalhar na saúde pública.

Profissional do NASF 07: Bom, faz 33 anos que eu estou formada. Quando eu me formei eu trabalhei na saúde pública e também em clínica particular. Eu tinha um consultório e trabalhava na prefeitura em Arapongas, numa unidade chamada Centro Social. Mas ali, tinha de tudo, desde a unidade de saúde como prática de esportes, um monte de coisa. Um atendimento globalizado. Depois eu voltei para Maringá, voltei não, vim para Maringá, porque eu sou de Arapongas. Eu vim para Maringá. Eu me formei em Londrina pela agora UNIFIL, que era CESULON de primeiro. A primeira turma de Londrina foi a minha. Isso foi em 1979, quando foi que eu me formei. Então, quando eu vim para Maringá, eu fiquei 10 anos parada, eu tinha os filhos pequenos e eu parei. Daí eu retornei como voluntária num projeto da igreja, atendendo as pessoas pela igreja. Desse projeto, eu fui chamada para trabalhar em Floresta, em um projeto de assistência social, que era outro tipo de trabalho. Um atendimento para crianças de contra turno, crianças carentes, crianças com famílias bem desestruturadas. Então, trabalhava com as crianças e com as famílias. Então, isso ai foi ... fui chamada para trabalhar lá, daí veio a prefeitura de Floresta, fiz o concurso e assumi o concurso da prefeitura de lá. Em Floresta, eu fiquei 12 anos nessa vida, indo pra lá todo dia e voltava. Daí, quando surgiu para fazer o concurso aqui em Maringá, eu achei que estava na hora de parar de andar na estrada, fiz o concurso e passei ... assim, quando eu trabalhava em Floresta, eu trabalhava em consultório, atendimento básico do psicólogo. O máximo que fazia era os projetos do governo. Do HumanizaSUS, sempre participava. Eu fazia parte do Humaniza lá, vindo aqui em Maringá nas reuniões. Então, alguns projetos eu já sabia. O NASF começou, a gente começou assim a conhecer o NASF lá, não conhecer, mas ter conhecimento, saber que existia o NASF, sabia mais ou menos o que era o trabalho do NASF. Sabia que era um trabalho multidisciplinar, multiprofissional. Então... não sabia como que era. Era falado "não, porque vai ter o NASF, que vai dar apoio pras equipes...". Esse apoio eu dava lá na prefeitura de Floresta pras equipes, só eu como psicóloga, sozinha. Quando eu fiz pro NASF aqui de Maringá, quando eu cheguei, o que eu sabia era o que eu tinha estudado. Eu mesmo, não tinha conhecimento de como era o NASF, então eu lembro quando eu comecei, a primeira semana, nós começamos (eu e a fonoaudióloga) 15 dias antes do resto do pessoal, nós fomos chamadas antes, entregamos a documentação e nesse período, a gente estudou a cartilha do NASF, as diretrizes, tudo. E quando a gente começou o nosso NASF aqui, a primeira coisa que a gente fez foi realmente estudar novamente a cartilha, porque não tinha conhecimento de qual o trabalho do NASF, estava começando no país interior. Então o que a gente sabia era assim: não era pra ser agendado, não era para entrar no consultório e atender. Tá, mas psicólogo não vai fazer isso? O que o psicólogo vai fazer? Então, devagarinho a gente foi se envolvendo, vendo o trabalho... então a gente foi assim, vendo o que poderia ser feito, a princípio a gente ficou assim, meio difícil entender as equipes, como chegar na equipe. Eles viam a gente com olhos "de quem são eles?; que eles vieram fazer?". Tudo assim muito novo para todos os lados. Foi preparado, teve reuniões pra receber a gente, pra saber quais profissionais que viriam pra cá. Mas, por exemplo, quanto ao psicólogo, a princípio, qual que era o pensamento das pessoas? Que eu ia entrar numa sala e atender. Que ia desafogar a lista de espera. Então esse foi o primeiro momento. Depois com o tempo, foi se vendo que não era isso, inclusive teve um episódio na unidade que a gente, assim ... eu fui questionada a respeito disso: qual o papel do psicólogo? Bom, o papel do psicólogo é de trabalhar com todos os profissionais, que a gente tem a especificidade, psicologia, mas eu tenho que entender um pouco de cada coisa, tenho que interagir com os outros

profissionais, para poder estar dando uma assistência geral. Não dá pra eu ser a psicóloga dentro do NASF, exclusivamente. Então eu ainda comentei "o papel da psicóloga é ajudar as equipes, agora como, daí sim que é a diferença, mas agora o papel da psicóloga do NASF não é entrar numa sala e atender". É claro que eu atendo também. Atendo urgência e emergência que aparece, o psicólogo não está, a gente atende. Casos que a equipe trás, que precisam de atendimento a gente atende, funcionário, quer dizer, tem os momentos sim que a gente entra em consultório e atende. Mas, basicamente, não é isso, pois o trabalho é bem amplo. Inclusive agora com o APSUS, PMAQ, tudo isso... abriu muito o processo de trabalho, então é uma coisa ... é que nem você estar numa teia de aranha, você vai se envolvendo... é bem, nesses dias numa reunião as meninas falaram "a mas, vocês poderia ficar mais pra gente, mais especificamente pra gente". Mas eu acho assim essa... tudo isso que está acontecendo dentro da saúde, essa mudança, faz parte. Querendo ou não, faz parte do matriciamento que é um dos nossos papeis também, dessa maneira.

Pesquisadora: E aí você citou várias ações que você já desenvolve enquanto profissional do NASF que é a de fazer o próprio acompanhamento esporádico, quando necessário em consultório, o matriciamento para as equipes, esse apoio institucional por conta do PMAQ, do APSUS, e o que mais você cita como ação que você como profissional do NASF desenvolve no programa?

Profissional do NASF 07: Olha é... por exemplo, nas reuniões com as equipes que a gente... faz questão de trabalhar, só que é uma coisa assim, primeiro a gente mais ou menos ia todo mundo. Agora não, a gente mais ou menos direciona quem que pode ir. Quando dá para ir todo mundo, a gente vai, mas do contrário não. Então a gente vê essas reuniões como uma coisa mais ampla também, por exemplo, se eu tenho alguma coisa pra ser falado, se aparece algum caso, sempre aparece nas reuniões. Então, agora mesmo estamos recebendo matriciamento, vamos receber, do CAPSi, do CAPSad. Os casos são levantados, são debatidos com a equipe e o ACS vem pra estar falando também, a equipe vem pra estar falando também. Então é um trabalho que faz juntamente com o NASF. É o acompanhamento no dia-a-dia das equipes, desde de assim, eu falo até você perceber como que tá o andamento daquela equipe, o que tá acontecendo, essa falta de médico, que transtorno que dá pra uma equipe. Eu falo assim, a gente aprendeu a conhecer cada um da equipe, então eu falo sempre pros colegas de equipe, principalmente pras meninas mais novas que entraram depois, da importância de você conhecer a equipe. Mas conhecer a equipe assim, cada um individualmente. Faz toda a diferença no trabalho da gente. Então esse trabalho é... o psicólogo tem clareza da importância disso pro trabalho, mas ao mesmo tempo, os outros profissionais no NASF precisam entender que isso faz parte do apoio do NASF. Então, se a equipe não está bem, se a pessoa não está bem, se você tiver esse discernimento pra chegar, perceber até a questão de como que você tá hoje, isso ajuda no trabalho que a gente tem que fazer como NASF. Então, a gente se torna mediador de muitas coisas, dentro da equipe da gente mesmo do NASF, dentro das equipes do Saúde da Família, dentro da unidade, esse apoio todo que você tem que dar, pra gestão também. Então, quer dizer, é um trabalho muito interativo, é um trabalho que você é chamado, bem dizer, o tempo todo, quase não sobra tempo pra fazer coisas muito específicas da profissão mesmo do psicólogo. Então é pego no geral e seria dar esse apoio, fazer o acompanhamento das famílias também, ver que esta... essa questão da contrarreferência que tá vindo. Eu ainda não consegui fazer um levantamento completo, eu comecei e agora estou retomando, que agora eu passei a ser tutora do APSUS. Então, ser tutora é mais fácil do que ser facilitadora, sabe, facilitador você fica ali envolvido o tempo todo... entregando lista de presença, essas coisas, tudo e conteúdo e eu to mais na supervisão. Então, não preciso estar o tempo todo lá, eu não preciso estar fazendo lista de presença, é só conferir, então o trabalho de tutor é mais fácil, apesar de ser de mais responsabilidade que você tem que cobrar as pessoas, mas é menos trabalho mesmo em si. Então, tá sobrando um

pouquinho mais de tempo pra fazer essas coisas, por exemplo, as contra referencias que eu estou com elas atrasadas e que a gente precisa começar fazer esse matriciamento. Principalmente do CAPSAD, que são pessoas que a gente tem que tá acompanhando, então isso ai vai ser passado para equipes pra fazer as visitas, pra ver qual seria assim, um atendimento mais elaborado que essas pessoas necessitam. Então, basicamente, é isso, não tem nenhuma definição, por exemplo, quais serias aquelas coisas que o psicólogo faria especificamente, sabe. A gente trabalha mais no geral mesmo [é, como você está dizendo, o olhar do psicólogo vai atravessando todas essas ações] isso, todas, desde o administrativo, sabem porque um usuário chega lá, fica esperando... porque, né? Por que não se toma uma providência? Quem está empacando? Sabe, então você pega um olhar muito amplo. Então você deixa aquela função especifica de psicólogo que é entrar no consultório e atender uma pessoa. Então, as vezes, outros podem falar assim "psicólogo não atende", mas o olhar da gente é o encaminhamento das coisas, num geral. Então, desde que o usuário entra pelo portão, como que é recebido na recepção, então assim, por que que as coisas não dão certo, né, porque envolve. Eu falo assim "a gente aqui são muitas pessoas, desde pessoas que trabalham, desde pessoas que vem na unidade" então é um processo assim que nem sempre o profissional tá bem pra receber. Quer dizer, já dá um atrito. Às vezes o usuário, geralmente que vem, a maioria que vem, tá com alguma dor, quer dizer, quando você está com dor, tudo fica atrapalhado. Então até essas coisas que as vezes acontece no decorrer do dia mesmo, então as vezes acontece uma coisa lá e a psicóloga do NASF não tá, ele corre aqui. Perguntam se eu posso ajudar, se posso ver, tá assim acontecendo, então esse olhar assim fica bem amplo. Então, é difícil eu te falar assim uma coisa mais específica.

Pesquisadora: E ai nessa ação parece que tem um apoio a própria gestão, como no caso, se a psicóloga do NASF não está, o pessoal identifica o NASF como apoio, um apoio à gestão.

Profissional do NASF 07: Isto, NASF é um apoio à gestão. Às vezes até a gente, assim, fica meio cauteloso deles confundirem o NASF com gestão, porque muitas coisas vêm e a gente tem que passar pra eles, então muitas vezes, é taxado como cobrador. Então, essa é uma cautela que nós estamos repensando, sabe, de estar tendo esse cuidado, pra não ser o cobrador, somente. Claro, tem as coisas que a gente tem que cobrar, mas que eles não vejam a gente só como cobrador de ações, mas de parceiros. Isso hoje, eu falo assim, foi uma conquista muito grande da gente, dessa parceria, como eu te falei, quando a gente chegou aqui, todo mundo olhava torto, tudo mundo assim "quem eles são, pra que vieram?" e a gente também se sentia assim "o que nós vamos fazer?". Agora, hoje a gente já escutou de equipes que já não conseguiriam mais viver sem o NASF, sabe, coisas assim, em reunião geral, que pra gente foi muito gratificante. Então, são coisas assim gratificantes pra gente escutar isso "vocês fazem falta, elas modificaram nosso trabalho" e a gente percebe isso. Agora mesmo eu me atrasei porque eu tava ali, a psicóloga do NASF tá hoje fazendo fazendo avaliação do pessoal e daí já uma da equipe veio me perguntar o que se faria? Ela foi perguntar para psicóloga do NASF, mas ela tá ocupada, então qual o procedimento. Então, isso também... a gente vai criando vínculo com a equipe, eles percebem que podem contar com a gente pras coisas, vamos supor, mesmo que de errado, sabe que a gente vem dar um respaldo pra eles. Então é aquela coisa assim, nem sempre as coisas dão certo, as vezes a gente toma uma ação e dá errado, mas mesmo dando errado eles sabem que podem contar com o apoio da gente. Que a gente, assume junto, que a gente luta por eles também, porque eu falo, por exemplo, da questão do PMAQ mesmo, quantas vezes a gente comentou com eles os indicadores, você tem tudo, vai refletir no que vocês vão ganhar até financeiramente. Hoje, eles já têm isso bem claro na cabeça deles, então é só a questão da gente estar ajudando a entender o que eles precisam melhorar. Que alguns indicadores estão muito bons, outros precisam melhorar, então quais ações podem ser feitas pra melhorar esses indicadores? É isso que a gente vai problematizando junto com eles, no estudo das nossas ações e

processos de trabalho. Então, isso é uma coisa, assim, que hoje é muito tranquila, hoje é muito natural isso, a gente sabe que tem lugares que não é assim tão natural, tem NASFs ainda que, nas reuniões com os outros NASF, a gente sabe que tem NASF que não conseguiu fazer esse elo com as equipes ainda. Equipe para um lado e NASF trabalha sozinho, é como se fosse um intruso e nós aqui não, a gente já conseguiu essa interação com a maioria das equipes. Então, isso a pra gente também foi assim um fator que, não sei se foi os profissionais que todo mundo tinha muita experiência já na área da saúde, na saúde pública, então acho que nós entramos, todos nós tínhamos experiência, na saúde pública. Então foi uma equipe, assim, mais integrada do que pode acontecer, né. Eu falo, saúde pública não é fácil, a gente trabalha, vire e mexer vira uma bomba, eu você tem que ter suporte pra estar resolvendo, não adianta sair chorando para o canto ou então, deixando pra lá e fazendo de conta que não existe. E isso é todo dia, bem dizer, quando não é com usuário é dentro da unidade, dentro das equipes então, você tem que ter esse jogo de cintura par conseguir levar teu trabalho pra frente. E mais ainda, tipo, acreditar mesmo, porque se você não acredita, por exemplo, tem o APSUS ai, algumas coisas já mudaram, regimento paranaense que já tá em andamento, então quando você vê as pessoas "a, não adianta..." você tem que realmente falar não, adianta sim, bater o pé e fortalecer essa ideia. Porque senão, por que vale a pena você trabalhar? Então não adianta trabalhar se você não acredita na saúde pública que vai melhorar.

Pesquisadora: Nesse sentido, a secretaria da saúde, nesse apoio a gestão, você entende que a secretaria da saúde, como gestora também, ela em alguns momentos busca o NASF como um dispositivo pra trazer essas intervenções de lá pra cá, pra atenção básica, como que é essa relação com a gestão da secretaria?

Profissional do NASF 07: Olha, isso ai é bastante mesmo. Eles veem na gente como se fosse o elo deles com a unidade, então em todo momento, agora ainda até tá mais tranquilo, mas tem o APSUS, o PMAQ que é, bem dizer, o dia-a-dia da unidade, que tá envolvido. Mas, de primeiro em tudo a gente tava lá fazendo curso, reciclagem, curso assim que a gente fala "pô, pra que eu tô fazendo? nem sei pra que", mas eles quiseram nos inteirar de todo o procedimento da secretaria para gente poder ter essa capacidade de atuação. Isso não quer dizer, que a gente aceita tudo o que vem, então a gente tem... eu assim, particularmente tenho muita liberdade de chegar pra nossa coordenadora e falar, né, assim, a porta é aberta, sabe. Não tem essa de, por exemplo, agora mesmo eu tava conversando com ela por telefone colocando situação... as coisas como estão. Então, essa porta aberta, na questão do planejamento também, por exemplo, a gerência do planejamento da Secretaria de Saúde pede esse apoio total do NASF na gestão do planejamento aqui na ponta, talvez pelo fato dos profissionais serem qualificados. Então, é mais fácil a gente como um olhar de todos os profissionais fazer um planejamento. Cada equipe tem a sua chefia, que são profissionais da enfermagem. Se o planejamento é feito só pela enfermagem, ele pode ser visto só pelo lado da enfermagem e, às vezes, ele sai meio direcionado. Então, quer dizer, a gente trabalha todos nós e mais a enfermagem, né, com as equipes, a gestão do planejamento. Pra produzir um planejamento amplo. Isso eu vejo assim, a partir do momento que o NASF entrou, esse olhar mais amplo ficou muito característico dos planejamentos. Eu não sei nas outras unidades, mas o nosso aqui teve uma grande diferença. Assim, desse olhar abrangente, não ficou aquela coisa de, por exemplo, quantas vacinas, quantos preventivos, tá, como que vai ser esse preventivo? Hoje e amanhã vou estar na UBS 01 trabalhando no preventivo, na sala de espera, então, quer dizer, a pessoa não vai lá só para o preventivo. Ela vai para fazer alguma coisa a mais também. Então fica aquela coisa de só o curativo realmente, essa abertura... a gente teve, pra poder tá fazendo. E a secretaria nos preparou pra isso também, juntou com a formação que a gente tem, com os estudos, então ficou um trabalho amplo. Então a gente tem essa liberdade de estar fazendo as coisas do jeito que a gente acha que tá certo. A gente passa pra secretaria, do jeito que tá sendo feito. É um trabalho assim, que a gente tá

vendo que eles também veem que está acontecendo, que tá melhorando. A gente tem esse feedback grande deles lá, que as coisas estão melhorando porque o NASF atua.
Pesquisadora: Esse planejamento é aquele que desemboca no plano anual de saúde [Isso!]**. Eu não li o plano, embora a diretora da UBS tenha me entregado uma cópia daqui da UBS 02. Mas vocês estão conseguindo até especificar no plano, por exemplo, que além do indicador preventivo ter que ser "x" mensal, vocês conseguem especificar as ações que serão desenvolvidas?**
Profissional do NASF 07: Sim, tá lá especificado. É claro que durante o ano muita coisa mais acontece. Que a gente sempre se preocupa assim, vamos colocar aquilo que a gente tem certeza que vamos fazer. Porque é ruim você colocar no plano algumas coisas e não acontecer. Ali a gente coloca aquilo que a gente sabe que vai acontecer. Mas fora aquilo, muitas outras coisas aparecem. E as equipes estão assim, elaborando para fazer as coisas acontecerem. De primeiro, a gente percebia que era feito aquilo que era pedido. Hoje a gente percebe que a equipe se preocupa em fazer além. [eles vão criando novas estratégias] Isso, sabe e por conta própria. Não é assim que, não, você tem que fazer. Quando a gente entrou, era até assim. Tem que fazer tal coisa. Hoje, eles se preocupam. Olha, acho que nós podemos fazer. Então mudou o modo de enxergar, quer dizer, eles estão conseguindo enxergar a prevenção e promoção da saúde, que é o nosso objetivo como NASF. Nós conseguimos colocar isso nas equipes. Então, não fica centrado nos resultados, mas a gente fica centrado na prevenção e promoção, que pra nós é muito bom. Porque a gente não precisa ficar cobrando das equipes. É claro que eles estão engatinhando nisso. Mas a gente percebe claramente neles essa vontade de fazer uma coisa além. Fazer pensando realmente na população, o que é o melhor para a população, se eles podem fazer uma coisa mais elaborada, apesar de não ter recursos que a gente sabe que são super fracos. Mas eles conseguem fazer além do que precisa. Então a preocupação do plano foi essa. A gente está elaborando um plano com o que a gente ia realmente conseguir fazer. Ir além do que está acontecendo também. Então esse plano é especificado. Tem as partes que são específicas, mês do idoso, mês da gravidez precoce, do tabaco, tem as datas já que tem que acontecer alguma ação. Então, toda a equipe já tem que programar alguma coisa pra esse tipo de trabalho.
Pesquisadora: E ai essas ações programadas envolvem os grupos também. [Grupos também]. **Vocês também apoiam a construção dos grupos, o desenvolvimento dos grupos?**
Profissional do NASF 07**:** Isso. Os grupos, assim, a gente também, a princípio, quando nós chegamos, a gente achava que tinha que montar grupos. Mas, depois, nós começamos a entender melhor e perceber o seguinte, que no caso dos grupos, a ESF tem que querer o grupo, porque é ela que vai tocar ele. A gente vai dar o apoio, por exemplo, a gente dá apoio para grupo de gestante, de adolescente, diabético, hiperdia, caminhada, artesanato, tudo isso a gente dá o apoio. Mas quem realmente tem que tocar, é a equipe. A equipe que tem que comprar a ideia. Então a gente tá assim, deixando que realmente os grupos que a equipe acha que tem que fazer... igual a equipe amarela mesmo, você viu lá, aquele dia, eles preocupados em retomar o grupo de artesanato. Então a gente não força a equipe a retomar o grupo. Porque a preocupação é da ESF com a população, mas o apoio é dado por nós sempre. A gente não pode assumir o grupo, porque a gente tem que dar apoio a todos os grupos de todas as equipes. Se a gente assumir, a gente não dá conta. Por exemplo, hoje e amanhã eu falo lá na UBS 01 da prevenção, sexta eu vou falar no grupo de diabéticos, o grupo dos diabéticos, lá na UBS 01 também. Então, a semana que vem, não, a outra semana tem gestante, é que a gente já tem uma escala, né. Então, tem escala de adolescente, são grupos que a gente tá... hoje à tarde eu vou no artesanato lá na UBS 03 também, acompanhando a assistente social do nosso NASF pra ver o andamento. Esse grupo de artesanato é um grupo mais de convivência, a gente fala artesanato... é o vício [eu fui lá uma vez]. A gente tem sempre que estar lembrando: é um grupo de

convivência, não é de artesanato. Eu vou estar lá também porque, tá aumentando bastante o número de usuários nesse grupo, o local está ficando pequeno, então a gente vai ter que tomar algumas providências pra estar vendo outro local pra estar fazendo esse trabalho com o usuário. Porque senão, começa ficar apertado e daqui a pouco as pessoas deixam de vir. Então é o apoio que quem está tocando realmente é a assistente social do nosso NASF, nesse grupo em específico. Ela com agentes de saúde da equipe, estão indo e daí eu vou estar pra dar um apoio para assistente social do NASF porque eu falo assim, esse é um trabalho do NASF também, um dando apoio para o outro, as vezes precisa de uma ajuda aqui e o outro socorre lá, é assim que funciona.

Pesquisadora: E tudo isso a gente vê o quanto vem crescendo a política de saúde mental também, né, porque o NASF com o psicólogo na equipe, compondo a equipe, trazendo esse olhar da especificidade do psicólogo que pensa as relações, que pensa os processos de trabalho, como, né, a gente vê essa política de saúde mental crescendo também na atenção básica. E ai pra você que é uma profissional da saúde mental talvez essas perguntas nem façam tanto sentido, mas como es estou entrevistando todo mundo, como você vê a política de saúde mental em Maringá e o que você tem percebido da própria Reforma Psiquiátrica adentrando pela atenção básica ou pelo município?

Profissional do NASF 07: É, eu ainda veja a política de saúde mental nossa ainda um pouco fragmentada. A gente fala da rede, tá se firmando sim, mas tá começando, eu acho já faz uns 3 anos que a gente vê falar em rede, bastante mesmo. Mas ainda está começando. Eu acho assim, esse passo de matriciamento já é uma busca. Tem a rede de prevenção a violência. Essa rede tem nos ajudado a identificar alguns casos e situações que precisam de intervenção em saúde mental aqui na nossa área. Temos conseguido ver melhor quem são crianças e adolescentes da nossa área que, às vezes, estão até em atendimento no CAPSi, por causa da rede. Aí a gente tem a oportunidade de discutir o caso com a escola. Tudo nas reuniões da rede. Eu acho assim, tá fragmentada ainda, eu acho que poderia estar mais entrosada. Ser mais facilitado, a questão ... eu questiono muito, sempre questionei a Coordenação da RAPS de como, por exemplo, pra nós comunidade aqui UBS 02 tem um psicólogo só. Sempre coloquei pra elas que não tem cabimento, uma unidade que tem 10 mil usuários ter a mesmo tanto de psicólogos que a nossa aqui que tem quase 40 mil. Eu acho isso injusto para o psicólogo, ele jamais vai conseguir atender, não tem como. A lista deles sempre vai estar, agora então veio outra psicóloga também, eu acho que já vai dar uma mão. Até essa divisão, é assim, de quem vai atender qual equipe, a psicóloga do NASF passou pra mim, para tá fazendo. Porque eu tenho nas mãos assim, as contra referências, tenho mais ou menos quem é de cada equipe, que usa a saúde mental. Então pra estar dando essa divisão para uma atender tantas equipes e a outra atender outro tanto, outras equipes, nossos somos em 5 equipes aqui dentro. Então, eu acho assim que já vai melhorar bem, mas mesmo assim, eu acho que falta um elo maior dentro da saúde mental em Maringá. Até a questão do NASF mesmo, a participação na reunião dos psicólogos, assim, começou muito tímida. Sabe, tipo psicólogo de um lado, NASF de outro. [Tem uma reunião de psicólogos?] Tem. Esse ano não teve ainda. Mas não ano passado, todo ano era, acho que a terceira sexta-feira do mês. Então depois foi modificado assim, foi feito uma divisão que eu achei assim, bem interessante. Que primeiro era assim, era a reunião dos psicólogos todos, de todas as unidades iam pra essa reunião. Daí foi repartido a partir de junho, acho que do ano passado, foi repartido em cima dos NASFs. Então ficaram 7 grupos, por exemplo, 2 NASFs com seus respectivos psicólogos das unidades iam numa sexta-feira, outros dois NASFs na outra sexta-feira. Então, vamos supor, ia eu aqui e o psicólogo da UBS, de primeiro, pra essa reunião. Ali era discutido os casos, era processos de trabalho mesmo. Mas discussão de caso, era sempre convidado o CAPSAD, o CAPSi, então eles levavam os casos, ali eram passados dessa maneira. [Uma reunião de matriciamento mesmo] Isso, e com a coordenação geral da secretaria, saúde mental. Então, isso

aconteceu durante o ano passado inteiro. Foi uma coisa assim que, já foi um passo para integração [verdade]. Daí eles começaram a entender o que era o NASF, psicólogo do NASF. Porque na cabeça do psicólogo, tá, você é psicólogo e você faz o que? [Passeando, de unidade em unidade ... risos]. Mas você não atende? Que psicólogo você é? Então isso a gente escutou muito.

Pesquisadora: Qual o papel do psicólogo do NASF?

Profissional do NASF 07**:** A formação do psicólogo não era para trabalhar em equipe. A maioria dos psicólogos das UBSs não entende a atuação do psicólogo do NASF. Existe uma valorização da SESAN para os profissionais do NASF que não é entendido pelos profissionais do serviço. A rede de saúde mental está buscando desenvolver o matriciamento pelo NASF. O CAPSi e o CAPSad buscam o NASF para desenvolver o matriciamento e os próprios trabalhos de grupo fazem prevenção em saúde mental. Ainda podem melhorar muito a interação da rede. A Reforma Psiquiátrica o NASF pode ajudar mais: CAPSAD, CAPSI, CAPS II, RT, CISAM, casas de recuperação (casa de Nazaré e Mareve). Tem mas falta gente para trabalhar. Faltam psicólogos e outros profissionais de associações de saúde mental. Talvez o conselho municipal devesse dar apoio para que existisse uma associação de saúde mental em cada zona de Maringá. Mas, faltam pessoas capacitadas para gerir o grupo. Por exemplo, uma psicóloga estava indo e tudo estava ficando nas costas dela. É um grupo de autoajuda para as famílias. É um apoio fundamental para dar apoio a associação de saúde mental era um ponto para estar sendo fortalecido. Porque se não, muitas vezes a gente patina. Infelizmente não tem como acompanhar o dia-a-dia, só a família pode. Logo no começo percebi que as ESF não tinham referência para atuar em saúde mental. Foi feita uma capacitação de sete encontros para entenderem o que é saúde mental e todos os profissionais da UBS participaram. Saber cuidar e entender dos portadores de transtorno mental já ajuda muito. Hoje eles já sabem como atender. Essa capacitação esclareceu muitas coisas para eles. Eles já sabem diferenciar alguns transtornos. Até esclarecimentos para a família é necessário. Os dispositivos existem, mas falta um trabalho mais elaborado de troca de informações para essa rede funcionar porque são profissionais trabalhando isolados e o usuário fica de lá pra cá nos dispositivos.

Pesquisadora: O que é apoio para você?

Profissional do NASF 07: É amplo. Eu acho que o apoio, principalmente do psicólogo é amplo em todos os sentidos. É um olhar além do limitado, percebendo as coisas que vão acontecer. É claro que existe um limite para o profissional fazer o apoio, mas o profissional deve dar apoio a todos os setores, desde o usuário até o gestor. Nem sempre você sabe tudo, mas você está estudando sempre para melhorar e fazer a coisas andar.

Pesquisadora: E o que é saúde?

Profissional do NASF 07: É uma junção de cuidados, uma coisa ampla, um a junção de fatores. Quando algum fator prevaleça ou outro prevaleça demais isso começa a atrapalhar outros aspectos. Por exemplo, o cuidado deve ser equilibrado, na alimentação, no físico ou no cuidado com a saúde mental. Saúde é equilíbrio que provoca qualidade de vida. E doença não é só física. A doença mental é até pior porque exame não mede esse mal estar. Só consegue medir se você tiver um olhar apurado. Muitas vezes fazer sempre a mesma coisa pode ser prejudicial também. Tudo demais pode gerar desequilíbrio. Se exercitar demais pode ser uma fuga também e o emocional como está?

Pesquisadora: E o último conceito que te pergunto é: o que é família?

Profissional do NASF 07: É a base de tudo. Se a família participar a mudança acontece. A família pode existir, mas não se importar. O apoio que a família dá, muda muita coisa. Família é apoio. Família é aquela que pode estar junto na hora que você precisa. É o começo de tudo e o término também.

Pesquisadora: Bem, assim terminamos a entrevista. Essas eram minhas perguntas. Você gostaria de dizer mais alguma coisa?
Profissional do NASF 07: Não, é só isso mesmo.
Pesquisadora: Muito obrigada pela participação e disponibilidade de sempre!

ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS)

PROFISSIONAL A – UBS 01, 02 e 03
Data: 16/05/2013
Pesquisadora: Bem, como a pesquisa diz respeito as ações de saúde nessa unidade básica e como elas se integram com o NASF, se você puder, gostaria que você começasse falando de sua experiência aqui, quanto tempo faz que você está nessa unidade? Quais são as ações que você desenvolve na área de saúde aqui, pra depois a gente partir para as mais específicas?
Profissional A: Estou aqui na UBS 02 desde agosto do ano de 2000 e a gente desenvolve programas de acordo com as políticas sociais vigentes [hunrum], das políticas atuais, é ... entrevistas para a liberação de medicamentos, avaliação para planejamento familiar, exames especiais, visitas domiciliares como ... a gente usa como instrumento e ... acolhimento de pessoas vítimas de violência, de negligência, todo tipo de violência, atendimento individual, acompanhamento de famílias, então são várias ações voltadas pra prevenção de doenças e promoção da saúde e promoção do bem estar geral da pessoa.
Pesquisadora: E quando veio a proposta de implementação do NASF aqui nessa unidade básica de saúde, como você viu essa implantação?
Profissional A: NASF, eu fui uma das pessoas que participei bastante dos encontros que a gente teve, da programação, de estudo, de análise da portaria e foi assim, muito bem vindo pra nós [hunrum], um apoio, uma coisa que a gente estava precisando muito, principalmente pra mim, porque daí a gente veio ficar com mais uma assistente social no nosso NASF, na nossa equipe e daí a gente conseguiu dividir as tarefas, a Assistente Social do NASF ficou com a parte da comunidade e eu fiquei com os atendimento individuais, que era uma sobrecarga muito grande, porque eu fico na UBS 02, mas eu fico de referência pra 13 equipes do PSF, eu atendo a UBS 02 e outras 5 UBSs, então a sobrecarga muito grande, então com a chegada do NASF aliviou bastante.
Pesquisadora: E como que tem sido a integração dessas ações sua com a Assistente Social do NASF, como que tem se dado?
Profissional A: Olha, a gente acaba entrando num corre-corre nas rotinas do dia-a-dia que no fim, uma não fala com a outra e uma não vê a outra, bom dia e tchau, oi e tchau, mas eu sei que ela está sempre ocupada e eu também, mas dificilmente a gente pára pra saber o que uma e a outra estão fazendo [hunrum, certo].
Pesquisadora: E, bom, dentro dessas ações que vocês realizam, eu imagino que devem existir ações de saúde mental, você conseguiria especificar algumas ações que tocam na saúde mental da população que vocês desenvolvem?
Profissional A: Então, antes da chegada do NASF eu coordenava um grupo de saúde mental, o grupo foi uma coisa muito boa, pessoas com transtornos de depressão e uso de medicação controlada, então nós nos reuníamos todas segundas-feiras, no período da tarde e fazíamos bate papo, elas faziam artesanato, então a Assistente Social do NASF passou a assumir esse grupo, na segunda-feira à tarde, eu coordenava, era eu e o Psicólogo da UBS, a gente coordenava e daí passou

para o NASF a coordenação, então não sei como está hoje, como eu disse a gente não se fala, na ESF roxa e na ESF azul eu servia de apoio também a grupos de saúde mental e as visitas que a gente faz, os acompanhamentos e os retornos da emergência psiquiátrica encaminha pra gente e acompanhamento de alguns casos também.

Pesquisadora: Então, a gente tem em curso no Brasil dos dois movimentos, um movimento pela Reforma Sanitária que acaba desembocando no NASF, com toda a reestruturação da atenção básica em saúde e o outro movimento que é o movimento da Reforma Psiquiátrica que também traz a saúde mental para a atenção básica. O que você conhece do movimento da Reforma Psiquiátrica, da luta antimanicomial?

Profissional A: Então, é o que a gente vem vivendo no nosso dia-a-dia com a implantação de CAPS, do CAPS Canção, CAPSI, CAPSAD, que pra nós a comunidade ... a residência terapêutica que nós encaminhamos na medida do possível, a gente tenta encaminhar pra esses setores, em vez de encaminhar para o hospital, a não ser que a pessoa esteja em surto, esteja muito mal pra gente é ... sugerir o internamento, mas primeiro vai pra nossa referência que é o setor de psiquiatria do hospital municipal e lá eles vão fazer os encaminhamentos e aqui a gente serve de base para fazermos os acompanhamentos com a família e tem dado um bom resultado sim, principalmente quando a gente encaminha para o CAPS Canção, que ali tem todo o apoio, a pessoa fica ali um tempo sendo assistida e a gente percebe que as famílias se mostram também satisfeitas com isso.

Pesquisadora: Bem, as unidades básicas de saúde, elas têm um modelo de trabalho em equipe, eu tenho investigado isso porque toca também na questão da estruturação do NASF, então o que é pra você o trabalho em equipe?

Profissional A: É tudo né?! Não tem como a gente trabalhar sozinha, pra gente entrar aqui nós temos o trabalho de equipe, equipe multiprofissional e equipe intersetorial, vários setores, principalmente eu que trabalho com políticas sociais não tem como trabalhar sozinha. Aqui dentro da unidade é uma equipe multiprofissional, pra eu entrar aqui na unidade de saúde eu já precisei do vigia para abrir a unidade, eu precisei da zeladora pra deixar a sala limpinha, eu preciso do psicólogo, do agente de saúde, então sem essa equipe, multiprofissional, eu não tenho como trabalhar e sem a equipe multissetorial, intersetorial, então não avança, a gente fica fechada, então nós precisamos trabalhar em rede, não tem como não trabalhar em equipe. Agora eu sei que essa equipe tem que ser uma equipe coesa, um saber o que o outro está fazendo, pra ter essa colaboração e olhar o indivíduo como um todo.

Pesquisadora: E saúde? Como você define saúde?

Profissional A: Saúde é a pessoa estar bem, em todos os aspectos. Economicamente, socialmente, mentalmente, até na parte espiritual a pessoa tem que estar ali em paz, então a saúde é o bem estar geral do ser humano, de um grupo, de uma comunidade.

Pesquisadora: E você entende por apoio?

Profissional A: É um auxílio, um suporte complementar a aquilo que está faltando, então está sempre ali do nosso lado para discutir, pra conversar pra atuar.

Pesquisadora: O **NASF tem já 03 anos de implementação nesta UBS, como vocês tem observado essa implementação e o desenvolvimento dessa equipe dentro da UBS?**

Profissional A: Nós, eu particularmente, nota 10 para eles, o tanto que eles trabalham, as atuações nos grupos, se a gente tem alguma dúvida, algum suporte tudo é o NASF, hoje a gente não consegue mais caminhar sem essa equipe, e a gente espera que venha assim, mais profissionais, a gente precisa de fisioterapia, a gente precisa de fono fazendo parte dessa equipe e precisamos dessa equipe do NASF só aqui na UBS 02, que eles também ficam de suporte na UBS 01, na UBS 03, então a gente precisava deles só aqui com a gente. Hoje somos dependentes deles. [estão integrados] nossa, bastante.

Pesquisadora: Bem, pra finalizar, as propostas da Atenção Básica são muito voltadas para a família, Equipe da Saúde da Família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, então como você entende família?
Profissional A: É um grupo de pessoas que convivem sobre o mesmo teto. Como elas se organizam, como elas estão estruturadas já é uma outra situação, mas é um grupo de pessoas que convivem sobre o mesmo teto, pra mim é isso família.
Pesquisadora: Essas eram as perguntas, não sei se você tem mais alguma pergunta, se você gostaria de comentar mais alguma coisa.
Profissional A: Não.
Pesquisadora: Muito obrigada pela sua participação!

PROFISSIONAL B – UBS 03
DATA: 27/05/2013
Pesquisadora: Bem, algumas das informações que eu preciso, como parte da pesquisa, você até já me falou em outras ocasiões. Mas, para confirmá-las, eu gostaria que você falasse da sua formação e de como se deu a sua inserção profissional na saúde pública.
Profissional B: Bem, eu me formei em psicologia em 2007. Aí, em 2007 mesmo, eu iniciei a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, na UEL, em Londrina, com duração de 02 anos. Aí, após a Residência, eu voltei para Uberlândia, minha cidade e em 2010, eu iniciei o trabalho na Secretaria Municipal de Saúde em Uberlândia, trabalhando em 04 Unidades de Saúde da Família. Fiquei praticamente 02 anos, quando fui chamada no concurso aqui e, agora, já faz 01 ano que estou aqui. Aqui em Maringá, logo após eu ser chamada, eu fiquei por 6 meses praticamente junto à Coordenação Municipal de Saúde Mental, lá na Secretaria de Saúde. Quando eu cheguei e falei da minha experiência na Residência e falei do modelo de funcionamento de Uberlândia, que é bem diferente do que tem aqui, aí, a coordenação achou interessante eu ficar um período por lá, tentando remodelar e reestruturar algumas coisas, até inalgurar essa UBS aqui, que era a UBS para a qual eu fui contratada. Eu vim para a UBS, mas ainda fiquei lá na Secretaria até o final do ano passado. Depois disso, passei a ficar só aqui na UBS mesmo.
Pesquisadora: Então, pelo que você está me falando, sua inserção na Saúde Pública foi uma escolha.
Profissional B: Foi uma escolha que eu fiz ainda no período da faculdade. Eu já me interessava pela área e fiz iniciação científica para pesquisar sobre a atuação dos psicólogos nas Unidades Básicas no município de Uberlândia e até tem um artigo publicado. Depois eu já comecei a fazer projeto de extensão, fiz estágios bem direcionados, então, foi assim, né... e logo quando eu tava me formando eu já sabia da residência, já fui estudando para terminar e já prestar a seleção da Residência, então, foi assim, eu me formei e já comecei na Residência em seguida. Foi uma escolha mesmo e desde que eu me formei eu trabalhei nessa área só. Eu acredito muito que a psicologia tem muito a contribuir com a Atenção Básica, com a Estratégia Saúde da Família no que diz respeito à saúde mental, mas gosto muito de dizer assim que eu sou da saúde, não de saúde mental, porque eu acho que tudo perpassa, né. Então, eu não sou uma profissional da saúde mental, eu sou uma profissional da saúde, né? E aí, a gente vai contribuindo em todos os setores de alguma forma, de você tá integrado e eu acho que a Residência contribuiu com esse outro olhar, porque eu convivi muito com profissionais de outras áreas: enfermagem, fisioterapia, assistente social, educador físico, farmacêutico, médico, odontólogo, então, você amplia o olhar, você não fica o olhar só em relação à psicologia, né, porque assim, quando a gente fica só psicólogo, o nosso olhar tende a ficar só voltado, né, pra um lado da saúde. Mas quando você passa a compartilhar, aí você vê o tanto

que as outras profissões, até mesmo em relação a própria saúde mental, né assim, o tanto que eles têm a contribuir e a gente também. Então, é uma troca. Eu acho isso muito importante. Na Residência, o meu contato com a psicologia era esporádico, porque era um grupo, né, e eu encontrava as psicólogas apenas uma vez por semana. Nos outros momentos, eu estava com outros grupos de profissionais. Então, você acaba que não fica com esse olhar viciado. Então, isso me ajudou a perceber que eu sou parte da equipe, eu não sou só psicóloga, eu sou da saúde, né, eu saber tudo o que a unidade faz, vou poder dar informação, saber como funciona, então, você tem que ser capaz de se integrar mesmo, né, não ficar só na sua salinha, vamos dizer assim.

Pesquisadora: Então, com isso você já está me caracterizando o seu trabalho aqui nesta UBS. O seu trabalho se dá em conjunto com as ESFs, entrelaçado com as ESFs e você não tem só a sua intervenção em saúde mental, restrita ao olhar da psicologia?

Profissional B: Isso. A gente procura se integrar em todas as ações da UBS e assim, até na questão da direção, o que precisa a gente pode estar ajudando a resolver, às vezes, até funcionários não estão bem, a gente conversa, vê o que pode auxiliar e ajudar, então, assim, eu deixo a porta aberta e a gente faz um acolhimento; não vou dizer que a gente vá intervir após isso, mas quem sabe encaminhar, ver como fazer, mas sempre tem esse espaço de escuta do profissional, do que tá acontecendo, pra ajudar a resolver. Assim, então, eu participo das reuniões semanais de ESF e das reuniões gerais da UBS, que são mensais ou bimestrais, depende muito da necessidade. Então, essa é uma parte importante pra gente poder ter essa integração, porque é a partir daí que vão sair as outras ações, porque você vai saber dos casos, o que está acontecendo, até mesmo, o que vem encaminhado, a gente procura saber nas reuniões, se a ACS conhece, se a enfermagem conhece, para poder estar realmente fazendo os projetos terapêuticos. Essa é a parte que eu acho mais importante, de estar nas reuniões pra poder discutir o que vai ser feito. Aí, tem os atendimentos que eu faço, os acolhimentos, os acompanhamentos, também, tanto individual, quanto da família, casal, pais e filhos e tem um grupo também, né, que a gente chama de "Grupo de Artesanato", mas a gente vê que é um grupo terapêutico, que muitas pessoas que eu atendo aqui, não trabalham, não estão bem e tem um tempo disponível. A gente montou esse grupo, que é semanal e ali a gente vai trabalhando com essas pessoas. Nesse grupo, participam profissionais do NASF, que dão um apoio muito grande também e a ACS da equipe cinza, ajuda na organização das atividades do grupo, na interação com os integrantes do grupo também. As pessoas desse grupo, os usuários que participam dele são da área de abrangência da ESF cinza, mas às vezes, eu acabo convidando algumas pessoas da ESF azul. Porque o grupo acontece aqui na própria UBS e aí tem essa questão da proximidade. Então, essa pessoa que não tá bem, a gente vai vendo ela toda semana e a gente vai tendo a oportunidade de ver sua melhora e acompanhá-la assim. Então, eu tento inserir a pessoa no grupo nesse sentido, mesmo que a pessoa não tenha interesse pelo artesanato, mas a convido para que ela possa vir, conversar, interagir, circular. É basicamente isso.

Pesquisadora: Bem e como você tem visto a implementação do programa NASF? Como você tem visto o desenvolvimento dessa equipe aqui nesta UBS?

Profissional B: Então, é o NASF aqui em Maringá, eu acho bem estruturado, apesar de estar começando e ainda não ter tanto tempo, mas eu acho que eles se envolveram muito bem com as equipes. Eles participam das reuniões, das discussões de caso, são acessíveis. O que a gente precisa, a gente entra em contato, eles entram em contato, eles auxiliam principalmente na reunião geral, para estruturá-las, então, eles trazem as informações da Secretaria Municipal de Saúde para a UBS, então, eu acredito que o envolvimento é muito bom. Auxiliam nos grupos desenvolvidos pelas ESFs, de caminhada, de artesanato, gestante, hiperdia. Nas campanhas eles sempre participam com alguma atividade diferente. Então, eu acho que eles fazem um vínculo muito bom. Acho que a gente sente que eles deixam a desejar em relação ao tempo que eles ficam aqui, mas em virtude da

amplitude, já que eles trabalham com 03 UBSs diferentes, com 09 ESFs. Então, é impossível você fazer mais. Pelo número de ESFs que eles têm, eles dão a atenção que eles conseguem dar, né. Acredito que não seja por outro motivo, além do excesso de trabalho. Eles fazem o apoio, a troca, a discussão de algum caso, não fazem atendimento direto, mas se a gente está com uma dúvida, a gente pode contar com eles para discutir o caso. Mas, se a gente precisa de um atendimento mais especializado, eles vão e conversam diretamente com as pessoas ou com as famílias. Então, existe essa troca, essa ideia de discussão conjunta e não de simplesmente, encaminhar o caso. Não é o caso, a gente sempre acompanha, eles não têm um caso específico que seja só eles atendendo. Eles participam da discussão do caso. Você assim tem mais profissionais para acompanhar o caso, tem um olhar que com certeza ajudam muito nos grupos, nas discussões. Isso é um trabalho em equipe. Se eu tô numa UBS, eu preciso saber o que ela faz, como ela funciona e como a gente pode colaborar. Tanto naquilo que é específico da minha área, como das outras áreas. Aquela especificada da minha formação tem que se juntar com aquelas que são comuns a todas, porque a gente tem aquelas atribuições específicas de cada profissional e aquelas que são comuns a todas.

Pesquisadora: E como você tem visto a Política Nacional de Saúde Mental e o como você tem percebido o desenvolvimento da RAPS aqui em Maringá?

Profissional B: Eu confesso que eu conheço mais a Política Nacional de Atenção Básica, do que a Política Nacional de Saúde Mental. Mas, o que eu vejo é que tem avançado muito no sentido dos profissionais da saúde mental estarem se aproximando da Atenção Básica e isso facilita muito o diálogo, né, porque a pessoa mora em um bairro e aquele bairro é assistido por uma UBS. Então, a localidade mais próxima que ele vai é na UBS e ele, às vezes, ele já tem um vínculo ali, já tem toda uma construção e muitas vezes ele vai para algum serviço, ele vai para um CAPS, um hospital psiquiátrico e a UBS não ficou sabendo. Assim, o outro ponto atende e os dois serviços estão atendendo e nenhum sabe disso. Na medida em que a gente tenta articular os dois serviços, eu acho que isso é o ideal. Eu acho que essa é que deveria ser essa política. Tanto os serviços especializados, quanto os serviços da Atenção Básica, eles poderiam funcionar de uma maneira conjunta, porque não tem como separar. A pessoa tem um território em que ela vive, né, e aquele território ele tem uma unidade de referência e isso quer dizer que essa unidade vai ser responsável por ele. Em Uberlândia, como eu te disse, tinha uma política de saúde mental bem estruturada. Lá, a gente trabalhava por regiões de saúde. Tínhamos a região norte, sul, leste e oeste. Cada região dessa, tinha a sua equipe de saúde mental tanto dos serviços da atenção básica, quanto dos serviços especializados. A gente tinha reuniões semanais por região para discussão do serviço e de casos. Era muito dinâmico, a gente estava no CAPS todas as semanas na reunião, então você vê o paciente lá da unidade não CAPS, então a troca era muito boa. Aqui em Maringá a gente não tem essa peculiaridade de trabalhar por regiões, a gente não consegue organizar as reuniões entre os serviços da saúde mental. Às vezes, cada profissional acaba trabalhando de um jeito. Aqui existe uma dificuldade para os profissionais da saúde mental se articularem. Eu falo assim como um todo: os psiquiatras, o pessoal da enfermagem, os CAPS, todos os profissionais que trabalham com a saúde mental. E Maringá só tem um CAPS adulto, um CAPSi, um CAPSad e lá a gente tinha um por região. Era mais fácil a gente poder ser articular. Lá a gente não tinha hospital psiquiátrico e aqui a gente tem, né. Lá a gente só tinha uma enfermaria de psiquiatria, dentro do hospital universitário, com um número de leitos, que eu não lembro bem certo agora, mas eu acho que equivale ao número que a gente tem aqui na Emergência Psiquiátrica. A internação pode ser de até 15 dias, no máximo e aí, quando é internado, quando chega a hora dele voltar para o território, a ambulância leva ele para ele ter alta no CAPS. Então, a família vai buscar ele no CAPS, porque ele não tem alta lá no hospital. Aí, a família conhece o CAPS, que é um CAPS adulto e já faz esse vínculo direto. E se o CAPS já está bem, aí ele já vai ser direcionado para a UBS. Então, era bem amarrada uma coisa

com a outra. Aqui, a gente não percebe que um CAPS só não dá conta, né, então, às vezes, coisas que lá em Uberlândia, o CAPS dá conta, aqui em Maringá, a pessoa é internada. Lá o CAPS dava conta. Aqui não, a gente tem muitos casos de internação. Se a pessoa deu um pouco de problema, ela já é internada. Não tem essa discussão mais ampliada. Aqui tem a Associação Maringaense de Saúde Mental, que eu ainda não conheço, mas já ouvi falar que eles têm encontros semanais com familiares, alguns projetos de geração de renda. Que eu saiba, são esses os serviços de saúde mental que tem aqui em Maringá.

Pesquisadora: Acho que por tudo o que você foi falando, você já foi expressando a sua concepção de saúde, doença, tratamento, intervenção. Mas, de maneira mais específica, eu te pergunto, qual é a sua concepção de saúde?

Profissional B: Eu acho que a gente tem que trabalhar com a saúde. E o que é saúde? É a pessoa estar dando conta, minimamente, de exercer suas funções diárias, de trabalhar, de ter uma vida social que proporcione uma sensação de adequação E o que seria adequação? Seria o entendimento de adequação que ela tem ali do seu meio, do meio em que ela vive. E é isso que eu entendo e a gente tem que colaborar para que isso seja possível. Então, a gente tem que trabalhar nesse sentido de acolher o que vier. Às vezes, a pessoa chega aqui e diz: "Ah! Eu tô doente!". Aí, às vezes o que você vai trabalhar é desconstruindo aquela ideia de que ela tá doente e você vai trazer uma outra visão. Assim, você vai trazer uma visão positiva, fazendo a pessoa ver, se ela está doente, que essa doença tem tratamento, que ela tem possibilidades de melhora. Às vezes, é uma doença crônica, mas isso não quer dizer que ela não pode ter uma qualidade de vida boa. A gente trabalha em descontruir essa ideia de doença, de negatividade, a gente faz com que ela essa desconstrução e mudança de olhar, para que ela saiba conviver com aquela dificuldade. Isso é muito importante. Por exemplo, a pessoa tem uma diabetes, mas e aí, como ela vai viver? Então, a gente faz um acolhimento nesse sentido. A questão da saúde mental é a mesma coisa. Se a pessoa tem um transtorno e precisa tomar medicamento, precisa de tratamento, a gente tenta trabalhar com ela que fazendo isso, ela pode ter uma qualidade de vida e não precisa viver em função da doença, fazendo que a pessoa possa conviver com aquilo de uma maneira saudável. A gente vai tirando esse rótulo de "doente".

Pesquisadora: Essa sua maneira de conceber a saúde é uma maneira muito interessante para trabalharmos com ela. Nas reuniões com as equipes, você percebe que os outros profissionais compartilham dessa mesma ideia?

Profissional B: Então, nem sempre. Mas, à medida que você vai colocando, né, eles vão compartilhando sim. Eles começam a pensar: "Não! Fulano não é a depressão. Ele não é assim. Alguma coisa aconteceu. Temos que ver o que está havendo". Eles trazem uma visão, as vezes, muito rotuladora e tal, mas nada que você não possa ir conversando e mudando esse olhar. Aí, eles vão mudando, eles vão tendo esse olhar, eles vão tendo essa outra visão. Acredito que isso é uma questão de formação, também. Muitos não tiveram formação. Acredito que seja pela falta desse entendimento. Não simplesmente de opção de pensar desse jeito. A gente vê que o grupo de artesanato ajuda a desconstruir essa visão. Eles veem e às vezes se supreendem: "Nossa, então essa pessoa dá conta de fazer isso?". Aí, eles vão percebendo que aquela pessoa não é incapaz. Aí, você vai discutindo com ela, fazendo ela perceber que aquela pessoa não é só um depressivo, um esquizofrênico, um drogado, você vai fazendo ele perceber que existe uma história por trás, uma histórico familiar e assim, vai desconstruindo essa ideia.

Pesquisadora: Aí, você tocou em outro ponto: a questão do histórico familiar. A gente vai tendo que trabalhar com isso. Então, o que é família pra você?

Profissional B: Acho que família é aquele grupo que compartilha um lar, uma residência, ou às vezes, pode ser até que não. Pode ser que vizinhos tenham uma relação familiar mais forte do que

pai e mãe, do que aquele grupo familiar. Então, eu acredito que família são pessoas que se apoiam, pessoas que conseguem de um acerta forma se relacionar, se ajudar, isso pra mim é a questão maior da família. A gente percebe que muitas pessoas moram sozinhas, mas tem uma grande família por se relacionarem muito com vizinhos, igreja, vai em tudo quanto é lugar, né. Mas, tem pessoas que tem a família perto, mas se sente sozinha e não têm apoio nenhum. A gente vê muito isso também, idoso que não tem amparo, filhos todos trabalham e acaba que tem 10 pessoas na família, mas ele fica sozinho. É muito relativo. Isso acontece bastante, principalmente com relação a idoso e criança. Já teve casos da gente fazer essa reunião familiar para discutir essa necessidade de responsabilização, mostrar que se cada um fizer a sua parte, não fica pesado pra ninguém, vendo na questão do idoso, se cada um não pode contribuir financeiramente para ter um cuidador que fique com o idoso. Aí a pessoa diz: "Nossa! É verdade!". Aí, a gente vai percebendo que conversando a gente vai se entendendo. Essa é minha concepção.

Pesquisadora: Tem mais alguma coisa que você gostaria de destacar sobre o seu trabalho, sobre o NASF, sobre a Rede de Saúde de Maringá?

Profissional B: Eu queria apenas mencionar que eu acho essa questão da pesquisa muito importante, porque você compreender uma coisa de ir lá vivenciar como funciona é muito melhor do que você ler lá uma portaria para credenciar o serviço. Às vezes, tem municípios que credenciam o serviço, mas não sabe como é para funcionar. Mas daí, se tem um trabalho que conta a experiência, ele pode ver como é que lá tá funcionando e tal. Isso ajuda muito.

Pesquisadora: É essa uma das intenções do trabalho e eu espero que ele possa mesmo deixar essa contribuição! Quero agradecer sua participação. Você foi sempre muito gentil, se colocando à disposição e muito solícita com as informações. Muito obrigada!

PROFISSIONAL C – UBS 02

Data: 04/06/2013

Pesquisadora: Bem, esta via do TCLE fica com você. Desde já eu agradeço por sua participação na pesquisa. Como você teve uma participação importante na implementação do NASF na UBS 02, penso que sua participação nesta pesquisa é fundamental. Sei que você participou do processo de estruturação do NASF nesta UBS. Você já mencionou isso para mim em outros momentos em que conversamos. Antes mesmo do NASF ser implementado, vocês analisaram essa proposta e refletiram sobre o NASF que vocês queriam construir. Então, eu gostaria de iniciar nossa conversa a partir desse ponto: como que foi esse processo de reflexão antes da implantação do NASF aqui na UBS 02?

Profissional C: Pois é, eu nem recordo direito o motivo, mas teve uma preocupação muito grande com a chegada desse programa. Em seguida, eu acho que teve uma orientação da Secretaria Municipal de Saúde ou algumas coisas assim. Eu sei que nenhum outro profissional foi tão bem recebido como o NASF. Muito antes de ele chegar, nós ficamos discutindo como seria a recepção desses profissionais, como integrá-los às equipes... essas coisas. No pouco que existia uma história, quando o PSF chegou né, o PSF foi rejeitado pela UBS. Até hoje tem pessoas que mantém um pouco esse discurso na UBS. Para o NASF não passar pela mesma situação, teve essa preocupação que eu nem sei da onde surgiu mas, teve essa preocupação. E daí nós começamos a pensar e fizemos acho que uma recepção de um café, essas coisas assim. Fizemos também um curso para eles... a gente meio que organizou um minicurso, alguma coisa, com a participação e com palestra feitas por mim, por uma professora de Enfermagem da UEM, pelo então presidente do Conselho Municipal de Saúde. Fizemos isso pra que eles se sentissem bem, para passar algumas

informações... Então foi mais ou menos isso... eles foram realmente muito bem recebidos. Ninguém pode reclamar disso. (Risos).

Pesquisadora: O que é o NASF para você?

Profissional C: O que é o NASF? Pra mim é uma tentativa de fazer o resgate da ESF, né, um apoio né, para que a ESF consiga trabalhar de forma mais planejada em promoção e prevenção. Mais uma tentativa de pessoas que estão interessadas na construção do SUS e também por necessidade. Porque como a ESF não dá conta, por ter poucos profissionais envolvidos, houve todo o movimento de outros profissionais querendo entrar, como pediatra querendo entrar e outros profissionais. Odontologia entrou. Foi a única que entrou depois e aí se criou o grupo de apoio, onde pode ser o município que escolhe os profissionais. É uma possibilidade de outros profissionais participarem como apoio. Acho que eu vejo mais ou menos assim.

Pesquisadora: Certo, e como você entende que esse apoio deve ser feito?

Profissional C: Apoiando. (Risos). Na minha cabeça eles apoiariam, né, eles verificariam com a equipe, né, a demanda que a equipe tem, no que necessita do apoio. Por exemplo, em Saúde Mental, quando eu apoiava as equipes de forma mais sistemática, eles traziam a demanda e eu conversava com eles pra ver o que a gente podia resolver juntos, sugeria algumas coisas, outras coisas que a equipe estaria equivocada, a gente conversava para corrigir esses equívocos, se algum tipo de preconceito que existia... Então acho que isso também seria pra todos os ramos né, para toda equipe né. A equipe traria uma demanda e eles, com o conhecimento deles, ajudariam a equipe, né. Ajudariam em algumas estratégias. Eu sempre vi isso com bons olhos, porque a gente teve, sentiu muita necessidade, principalmente do Educador Físico. Sentíamos muita necessidade. A gente começou pensar as caminhadas aqui há 10 anos atrás e faltava o profissional de Educação Física. Então esse profissional foi muito bem-vindo. Sentíamos muita falta de nutricionista, né. Então... porque pensando em saúde, pensando em alimentação... Inclusive hoje saiu um livrinho que a ESF 2 montou a partir de todo o trabalho sobre alimentação saudável. O NASF ajudou, né. A nutricionista e educador físico eu sempre senti muita falta e assim que chegou o NASF, eu estava trabalhando com a ESF 3, estruturando algumas coisas. Nós estávamos trabalhando num grupo de manualidade aí chegou Terapeuta Ocupacional, que deu uma ajuda. Acho que quando ele assumiu, o grupo fez o que tinha que fazer. Muitas vezes, a gente ficava patinando, fazendo de conta, tentando fazer sem saber. Então assim, são profissionais que apoiam muito... Pra mim, eles deveriam fazer isso: ver qual é a demanda de equipe, apoiar e sugerirem outas coisas que eles mesmos identifiquem como necessárias.

Pesquisadora: Na prática, é isso que você vê acontecendo, isso é o que você entende que deve acontecer. Existem intercorrências ou impedimentos para que isso aconteça?

Profissional C: (Suspiro) Pois é... No começo, eu percebi o pessoal muito empenhado e com expectativa, né? Hoje eu percebo o pessoal muito... não o grupo todo, mas principalmente algumas pessoas, com algumas dificuldades. Agora mesmo, eu estava ligando para pessoas pra agendar atendimento e chegou uma funcionária que é muito afetuosa, muito querida, né, que teve um conflito com uma das pessoas do NASF, porque entenderam que não agiram corretamente e assim é... acabam surgiram situações de conflito e mesmo que sejam uma coisa idealizada que a gente imagina, o apoio ele... ele deveria ser um pouco superior né, o apoio deveria ter mais conhecimento. Como nós da saúde, nós deveríamos ou devemos acolher as pessoas que vem, nem sempre isso acontece. Então, o NASF também teria essa coisa de apoiar, de entender, de tirar dúvida. Não deve gerar mais conflito, ou pelo menos, não sei, sempre que possível, tentar evitar conflito em algumas situações pontuais, nas quais poderia ser diferente. Mas, pelo menos a leitura que eu faço, é que isso também depende da característica pessoal de cada profissional. Então alguns profissionais

trabalham bem, têm uma boa capacidade de lidar e alguns profissionais têm uma dificuldade em fazer isso.

Pesquisadora: Faz parte das vivencias desse trabalho o fato de ter que trabalhar em equipe. A ESF e o NASF radicalizam isso. Já que você tocou nesse ponto, o que é, para você, trabalhar em equipe?

Profissional C: Eu não vejo dificuldade em trabalhar em equipe multiprofissional. Eu vejo dificuldade em trabalhar com gente, né, não com a equipe é multiprofissional. Eu vejo mais facilidade de lidar com Enfermeiro, com Médico, com Terapeuta Ocupacional, que são multiprofissionais, por exemplo, do que fazer esse mesmo trabalho com cinco psicólogos, por exemplo. Então, não vejo uma questão de equipe multifuncional. Porque todo mundo fica falando que é muito pior e eu não vejo assim. Eu vejo a dificuldade de lidar com pessoas mesmo. Eu acho mais fácil lidar com categorias diferentes do que com a própria categoria Então, não vejo muito essa dificuldade de trabalhar em equipe. Eu vejo dificuldade em trabalhar com o outro, no sentido da relação mesmo, né. Então essa coisa da equipe, não vejo muito não. Eu vejo a dificuldade de trabalhar com o outro e com os conflitos que existem, né? A dificuldade de lidar com conflito que eu falo é a dificuldade de resolver o conflito. Porque o conflito é saudável. Mas, resolver o conflito de forma produtiva e de forma saudável... aí vejo uma dificuldade ... É por isso que eu falo que talvez o NASF deveria ser mais um apoio mesmo, para ajudar a entender isso, né. Quando eu me encontrava com as equipes, as vezes as equipes ficavam brava e gritavam e choravam, sabe assim, choravam e traziam a angustia. Então, o NASF também deveria entender isso, né. Eu penso assim... entender e ajudar a acolher essa angustia, essa ansiedade da equipe, né, quando ela traz alguma coisa. Acaba aparecendo muito mais a ansiedade da equipe, do que problema "real", né. Pelo menos, Saúde Mental é assim: vem o que está "pegando" ou na gente, ou no médico, ou na enfermeira, não é nem um problema "real", é uma ansiedade que tá gerando na equipe, em algumas pessoas, né. Então não dá nem pra dizer que é tão grave ou as vezes... o problema mais grave é quando a equipe nem se envolve mais, quando a equipe já deixou de lado, é então... Eu não sei se eu respondi sua pergunta, né, porque falou do trabalho em equipe, então... Eu não sei se eu respondi a pergunta...

Pesquisadora: Eu acho que eu entendi. Você fez uma certa separação entre o fato de que trabalhar com pessoas, não necessariamente implica nas dificuldades de trabalhar com diferentes profissionais. O fato é: trabalhar com pessoas é difícil mesmo e isso exige dos profissionais um bom senso, uma maturidade profissional, não sei se eu estou interpretando o que você acabou de falar...

Profissional C: Eu acho que tem a ver com inveja e tem a ver com competição, né. Entre algumas profissões, tem essa coisa de competir. Dificilmente, alguém aqui vai competir com o médico. É como se essa profissão fosse soberana. Mas médico com médico, fica competindo. Psicólogo, com psicólogo... aqui, não tem ninguém que fica competindo com psicólogo, até porque é um saber um pouco diferenciado. Mas eu acho que tem a ver com competição e com inveja... um saber mais outro menos... acho que passa por aí.

Pesquisadora: Bem, eu comecei a entrevista perguntando sobre a sua experiência no processo de implantação do NASF, mas eu pulei aqui algumas perguntas mais relacionadas com sua própria trajetória de experiência profissional. Você tem formação em psicologia. Quanto tempo você trabalha na Saúde Pública?

Profissional C: Vai fazer 12 anos. Trabalho, desde minha formação, nesta UBS.

Pesquisadora: Como tem se dado o processo de desenvolvimento da política de saúde mental? Como é que você tem que você tem percebido, ao longo desses anos de trabalho na saúde

pública, a estruturação da política de saúde mental? Como você tem entendido o caminhar dessa política?

Profissional C: No município você fala? Porque eu acho que nós tivemos uns avanços. Quando iniciamos a Associação Maringaense de Saúde Mental houve um tensionamento em relação a essa política. Aí, nós abrimos a Emergência Psiquiátrica, abrimos os CAPS, né? E começou a se investir nesses equipamentos, né, como uma proposta de realmente desseguir as suas diretrizes e das unidades começarem a trabalhar aqui com portadores de transtornos mentais graves. Então tinha essa ideia, essa proposta. Eu inclusive fiz um levantamento de todos os transtornos mentais graves. Todos os que eram egressos de internamento vinham pra mim e eu ia na casa, fui várias vezes nas casas e tal, pensando em fazer esse trabalho. Então, eu acho que teve uma época que a gente avançou, né? Depois a gente desmotivou, quer dizer, avançou e depois começou a andar pra trás. E agora existe um tensionamento que eu vejo sendo feito pela política do governo federal. Têm essas últimas portarias aí que estão abrindo as portas dos CAPS, essas coisas. Então existe um tensionamento do governo federal para universidade juntar, quer dizer, com serviços, essas coisas... Mas aqui em Maringá, está a passos muito lentos. Uma coisa assim muito, muito, muito lenta que chega até a ser desmotivadora. Então se você me perguntar hoje, o trabalho que um psicólogo de UBS está fazendo que deveria estar muito voltado a esse pessoal, população mais carente, mais necessitado, eu não estou fazendo nada, né, e... Por quê? Porque se eu for começar a fazer visita a esses egressos, começar a trabalhar com esse pessoal, eu não tenho respaldo. Se precisar de consulta psiquiátrica, eu não tenho. Se precisar de um carro para fazer visita, eu não tenho. Eu chego, faço a visita, a pessoa está descompensada, precisa de uma consulta e eu não tenho. Ai vai desmotivando. Então, eu diria que teve uns avanços, tivemos uma época de avanços, né, e hoje, de um tempo pra cá tá muito lento, bem desmotivador. Mesmo que tenham algumas leis, algumas tentativas de novos serviços, essas coisas, que estão abrindo como o CAPSi... as Casas Terapêuticas... Mas nas UBSs, o trabalhar da inclusão, usar os espaços sociais para incluir, usar os profissionais... isso tá muito longe. E agora uma última, umas das últimas que o município está fazendo, está voltando a colocar tudo junto lá no bairro Santa Felicidade. Não sei se você conhece a história daquele bairro, ele é o lixo da cidade.

Pesquisadora: Interessante que você é o único profissional que eu ouvi fazendo uma reflexão nesse sentido, dos que eu tenho entrevistado até agora. O único que observou que essa junção de todos os dispositivos especializados de Saúde Mental no bairro Santa Felicidade não é "a toa". E ai você citou alguns dispositivos: CAPSi, Residências Terapêuticas. Quais são os outros dispositivos de Saúde Mental em Maringá?

Profissional C: Olha, estruturado... acho que é isso... Estruturado, é isso!

Pesquisadora: O CISAM você encaixa aí também?

Profissional C: O CISAM é uma história a parte. O CISAM é assim: eu sou amigo da coordenadora e eu acho que ela faz, que ela tem uma função importante. Ela tem um poder político interessante, né. Ela consegue contratar gente, consegue mandar no secretario, na saúde mental... Eu acho que ela é a pessoa mais envolvida em Saúde Mental de Maringá. Então ela tem todo o meu apoio pelo envolvimento dela... Mas o CISAM é um serviço que veio antes dos dispositivos modernos e agora tem que se adaptar, então... Mas eu sempre defendi a coordenadora do CISAM, quando o pessoal metia a boca nela... e agora, o CISAM vai se transformar no CAPS III. Mas, eu não estou acompanhando. Eu estou bem por fora dessas discussões, eu não tenho participado muito, então assim, bem... Se tiver acontecendo coisas novas, eu quase não participo, nem dessas jornadas de psicologia, eu vou em algumas coisas, nem tenho participado das reuniões de psicólogo, dificilmente vou, né, acho que elas são muito mal organizadas, muito mal coordenadas. Então eu me sinto desmotivado. Mas pelo que eu sei, são esses equipamentos que foram construídos. Mas

assim, a ideia que não é o equipamento que vai mudar as coisas, porque o equipamento pode virar um sanatório, se não for bem cuidado. O que eu ouço falar dos CAPS, é que são equipamentos muito bons. Inclusive, eu fui ver a chácara onde o CAPS II foi instalado. Eu achei a chácara ótima. Ei ouço falar que, até hoje, o trabalho que é feito lá é muito bom. Mas o que é feito nos outros lugares, na Emergência Psiquiátrica e tal, eu não sei.

Pesquisadora: Seguindo nessa reflexão sobre as reformas, eu tenho solicitado para os profissionais compartilharem conosco a sua concepção de saúde e doença, pois ela está na base da construção das práticas e na base da construção das políticas. Então eu te pergunto: o que você entende por saúde e doença?

Profissional C: Pois é, as coisas são complicadas! Eu acredito que em alguns lugares as pessoas estejam tendo um movimento, construindo relações que sejam de saúde, né, eu espero. Porque, o que eu percebo em Maringá, é... aqui na UBS, nós estamos construindo relações que estão adoecendo, no geral. E, às vezes, de um tempo pra cá, eu estou mais desanimado e muito desesperado com isso. Porque, eu não sei aonde isso vai chegar, né. Porque as relações estão muito... de muita cobrança, causando muito desgaste, muito stress, muito, muito, muito, né? Então, eu não sei aonde vai dar. Sem perspectiva de mudança, né, eu acho que infelizmente, a gente vai ter que conviver com isso pelo menos por mais 8 anos para estruturar serviços. E o serviço, a estrutura do serviço está ligada às relações, não necessariamente, mas elas estão ligadas! Então, a falta de estrutura do serviço vai gerando relações de conflitos, muito stress, essas coisas. Então essa falta de estruturar melhor, os serviços vão criando essas relações que vão estressando, vão adoecendo. Nesse sentido, estou preocupado né, por ser trabalhador da Saúde Pública, por ser da Saúde Mental, né. A gente se vê assim, muito limitado em tentar fazer mudanças, né? Um dos exemplos práticos é que agora nessa sexta-feira vamos ter uma reunião geral e nós vamos trabalhar a saúde do trabalhador. Vamos trabalhar alguma coisa para melhoras o ambiente de trabalho. Nosso exemplo daqui mesmo pode ser visto por meio de algumas reuniões gerais, nas quais saem conversas, discussões e conversas e a única que tem de bom nisso é que as pessoas estão tendo oportunidade de falar. Elas aproveitam para desabafar. Mass faz muito tempo que dali, não sai nada resolutivo. Então nessa reunião de amanhã, eu não sei. Eu vou ver amanhã como vai ficar, o que nós vamos fazer. Solicitaram que eu falasse sobre o tema, que eu falasse algo sobre a Saúde do Trabalhador. Eu não sei como vamos fazer isso ainda, assim pela dificuldade e também para não fazer qualquer coisa para fazer de conta que estamos fazendo. Então, pra realmente pensar em uma mudança que possa ter um resultado, eu estou assim um pouco confuso com essa relação da doença e saúde, com essa relação do adoecer. Eu tenho pensado nisso, na relação, acho que agora tá começando a ficar claro pra mim a questão teórica que, da psicologia social que quando fala que nós somos nossas relações, isso tá começando a ficar claro pra mim agora, na prática mesmo, né então... melhorar essas relações para saúde ou deixar ir para doença, não é fácil no serviço público. É complexo.

Pesquisadora: Aqui na Atenção Básica, a gente tem na própria denominação das equipes a ideia de se trabalhar com famílias. Esse é outro conceito que eu estou procurando investigar. Qual que é a sua concepção de família?

Profissional C: A minha? Bem, eu estou separado há três anos. O lugar onde eu vivia com meus dois filhos e a mãe deles estava sendo um inferno pra mim, que era minha família. Eu não gosto de morar sozinho. Então, fui morar com o meu filho. Hoje eu moro mais com meu filho que já está grande e moro com mais dois amigos. E é uma família! É tão boa essa família... ter uma família onde todo mundo respeita o espaço do outro, onde ninguém grita com o outro. Então, assim... essa família, é uma família. Eu acho interessante. Onde há respeito, onde... Porque as famílias biológicas, elas têm muita dificuldade de respeitar, eu vejo muito isso né... Então, eu não sei muito

bem, não tenho acompanhando muito essas questões teóricas, mas eu vejo que está relacionado ao fato de dividir o mesmo teto, a mesma dinâmica. Então acho que a minha concepção de família é muito isso, né. Tem a ver com a casa também né, com o núcleo familiar. Eu costumo falar, às vezes, quando as pessoas têm essa concepção muito voltada pra questão biológica, que a gente casa com alguém que não tem vínculo biológico. Interessante, a gente constrói a família com alguém que não é do mesmo sangue. Então, não dá para entender muito bem, porque dão tanto valor a questão do sangue. A minha concepção de família é mais ou menos, isso: as relações têm a ver com o teto, com respeito que interfere nessa dinâmica.

Pesquisadora: Embora você tenha me falado em outros momentos, só para eu deixar registrada essas informações, quais são as suas ações enquanto psicólogo aqui na Atenção Básica?

Profissional C: É, eu tenho um grupo que eu mantenho que é o grupo de pais, né que é um grupo de orientação para pais que é porta de entrada. Ele surgiu por uma demanda grande que existia de crianças e adolescentes, e pelo ECA priorizar esses atendimentos, o grupo pode entrar... e que serve grupo de reflexão com os pais, né principalmente eu tento claro, eu tento tirar um pouco da culpa dos pais né, na educação, tentando responsabilizá-los por outras coisas né, contextualizar ... um grupo de reflexão de Saúde Mental. Esse grupo eu mantenho há mais de 10 anos. E eu estou com um grupo terapêutico que os estagiários começaram ano passado, com alunos do 5º ano, que eles começaram com a professora da UEM que trabalhava com abordagem sistêmica e com narrativas, numa perspectiva da psicossociologia, que é uma abordagem que eu gosto. Eu li algumas coisas e a gente conversou, as meninas começaram a conduzir e depois que elas foram embora, eu continue do meu jeito. Então os dois grupos que eu mantenho são esses daqui. Quando eu comecei a trabalhar aqui, tinha pouca coisa, pouca literatura sobre Psicólogo na UBS, pouca literatura de psicólogo em PSF, tinha pouquíssima. Então eu investigava, corria atrás, mas não tinha nada. Aí eu meio que experimentando, né? Eu ia fazendo e vendo como é que estava. Eu fazia de tudo! Eu era curioso, né, tinha acabado de me formar... eu queria entender muitas coisas, então atendia... (tem um rapaz que eu atendo há 8 anos aqui). Então, eu atendia tudo, tudo que o aparecia eu atendia. Eu queria saber o que era, mesmo quando eu ficava patinando, as vezes, eu ia buscar supervisão. Eu via, às vezes, que não tinha jeito, até a supervisora falava que era para eu encaminhar para outros dispositivos, mas eu ficava insistindo ainda mais um pouco... tinha muita vontade. Então, qualquer coisa que me propusesse em fazer, eu estava fazendo. Tinha um médico aqui que era psicodramatista. Ele era o mais louco, que psicodramatista, né? (risos). Mas, ficamos dois anos trabalhando com o grupo de psicodrama... eu sempre gostei muito de corpo, então tinha uma vivência, tinha feito uma formação em corpo. Trabalho com a questão corporal, essas coisas assim... Então eu fazia uma coisa um tanto assim experimental. Buscava trabalhar com as equipes também. Eu realmente fiz um trabalho bom com as equipes... o trabalho com as equipes, eu gostaria de retomar... realmente apoiando. E trabalho e trabalhei... você sabe, né... No serviço público, você faz um trabalho institucional também, que é quase ser um Psicólogo de empresa, em alguns momentos. Então, quando trabalha com a equipe, você trabalha em relação ao usuário, sem dúvida, mas muitas vezes você trabalha conflito da equipe, fazendo a equipe sentar, falar, analisar... Então eu fiz muito isso, esse levantamento que eu falei para você com visitas domiciliares, né... Fiz bastante coisa assim... E agora com o NASF acabei que vou ficando mais pra clínica, um pouco a gente vai se acomodando... Eu não sei como anda a questão dos egressos que antigamente vinham para mim. Agora não vem nada pra mim mais, então eu já fiz algumas coisas diferentes há um tempo e hoje praticamente estou de forma tradicional. Eu espero agora que estou recebendo uma Psicóloga nova, já tá certo para vir mais uma Psicóloga para cá, então que aí eu até já conversei

com a ESF 6 que vou voltar a fazer um trabalho com eles... e falei que agora voltando a Psicóloga, tendo mais uma, eu posso voltar fazer esse trabalho. Eu espero fazer isso.

Pesquisadora: E ainda tem muita demanda para atendimento individual, para atendimento clínico na UBS?

Profissional C: Tem e não tem. Se você vê, tem uma lista aqui, não sei de quando, que tinha parece que 300 pessoas na fila... mas a demanda é grande, mas ao mesmo tempo se você não deixar formar fila, né, o que tem de demanda para gente não é tanto. É o mesmo caso de Saúde Mental. Os casos de transtornos mentais graves não são muitos, são poucos, né? E os que dão problema, são menos ainda. Eles são a meia dúzia que não toma remédio. O restante são bem compensadinhos, tomam remédio certinho. Mas é que essa meia dúzia, exigem um trabalho mais intensivo. Mas se você começar a ver que não são tantos, se começar a trabalhar... não é tanto... Então tem uma demanda grande, mas não é assim uma coisa absurda, porque grande parte da demanda a gente não consegue ajudar, ajuda muito pouco. Eu não sei se é real. Eu costumo falar que, no serviço público, para a grande maioria a gente não ajuda em nada e aí tem um percentual pequeno que a gente ajuda um pouco e um pessoal bem pequeno que a gente consegue ajudar bastante. Esse bastante é assim: a gente ajuda a pessoa mesmo! Meia dúzia, eu posso contar nos dedos, as pessoas que eu ajudei bastante! Nesse momento, por exemplo, tem duas pessoas que eu estou ajudando bastante, realmente é... se empenham bastante e conseguem fazer uma mudança grande na vida, mas assim, é meia dúzia de pessoas que a gente consegue ajudar bastante. Então imagina, eu vou ficar 30 anos aqui e vou ficar ajudando umas 30 pessoas, mais ou menos. Bastante... o restante, você vai ajudar um pouco aqui, um pouquinho né... mas a grande maioria a gente não tem... ajuda muito, não.

Pesquisadora: E ai você trabalha, na grande maioria das vezes, com psicoterapia breve?

Profissional C: E é duro, mesmo nessa grande maioria nem psicoterapia breve faz... é uma consulta, duas... uma pessoa vem com uma expectativa e até a gente cria uma expectativa, a gente cuida para não criar essa expectativa... mas esse é um caso que pode... sabe um caso pra mim trabalhar... Vem uma vez, vem duas vezes... Daí some... nem chega a fazer 2, 3 atendimentos... É 1, 2, 3 atendimentos se passou disso, criou o vínculo... ai ajuda um pouco, mas a grande maioria não chega a criar vínculo... É uma ou duas vezes e some. Não volta mais e ai tem uma série de coisas que entra também. A pessoa começa a trabalhar, tem dificuldade de horário... a questão do trabalho é muito forte, as vezes começa a atender... espera a pessoa voltar e começa a trabalhar e não volta mais... É o que mais acontece. Mas tem esses fatores que interferem nessa dificuldade de poder ajudar mais.

Pesquisadora: Bom, as minhas perguntas eram essas, não sei se você gostaria acrescentar mais alguma informação ou até mesmo me fazer alguma pergunta.

Profissional C: Não. É só isso mesmo.

Pesquisadora: Mais uma vez, agradeço muito a sua participação! Obrigada!

PROFIONAL D – UBS 02

DAT: 20/06/2013

Pesquisadora: Então, eu começo sempre o tempo de formação e a própria formação profissional. Você é psicóloga e você está formada a quanto tempo e a quanto tempo atuando na atenção básica?

Profissional D**:** Bom, eu tenho 13 anos de formada, na atenção básica eu tô a 07 anos, eu passei um período pela secretaria de educação, depois que eu vim para a secretaria de saúde, na atenção básica.

Pesquisadora: Primeiro você estava na educação e sempre trabalhou em serviço público?

Profissional D: Não, paralelo ao serviço público eu desenvolvo a clínica particular [esses dois olhares, essas duas experiências].
Pesquisadora: Durante os 13 anos você tem a clínica particular?
Profissional D: Durante.
Pesquisadora: E como que se deu essa sua inserção na saúde pública, foi por vontade ou foi por uma oportunidade de concurso, o que te levou a vir pra saúde?
Profissional D: Pra saúde, teve assim o interesse, eu gosto dessa área clínica, então tenho interesse e na época a saúde, eu estava na educação, a saúde fazia menos horas, então ai foi isso que também motivou a estar vindo. E o interesse de desenvolver essa parte da clínica.
Pesquisadora: Que na educação não desenvolve muito, né?
Profissional D: Não, a educação aqui em Maringá ela não faz essa parte clínica, é bem definida qual que é a atuação.
Pesquisadora: É mais uma atuação de avaliação psicológica?
Profissional D: Avaliação e formação dos profissionais da educação. Então era nesses dois aspectos na educação.
Pesquisadora: E ai já são 07 anos então na atenção básica como psicóloga de UBS. Sempre foi lá nesta mesma UBS?
Profissional D: Sempre lá.
Pesquisadora: E agora você está tendo essa transição. Como que está sendo essa mudança de território, de área, como é que você sente isso?
Profissional D: Olha, é difícil né, essa mudança de área é difícil, até porque lá na outra UBS onde eu trabalhava são 03 equipes e de início, a UBS lá é nova, mas no início então tinha uma casa que ficavam as 03 equipes e eu ficava lá na casa com as 03 equipes, então eu tinha um contato muito de perto com as equipes de saúde da família, diferente da UBS 02 que eu tô, aqui no Paulino eu tenho esse contato maior, mas na UBS 02 não, embora eu esteja lá a um mês só, não dá pra fazer uma avaliação, mas eu sinto que é diferente.
Pesquisadora: E como você vê o trabalho do psicólogo na UBS? Pode falar da sua experiência na outra UBS onde eu trabalhava, porque é a experiência de maior tempo.
Profissional D: Como que eu vejo em que sentido?
Pesquisadora: O que pra você é função da psicologia, do serviço de psicologia dentro da unidade básica?
Profissional D: Olha, é... Maringá tem uma história de psicólogo na atenção básica de muitos anos. Então assim, a população... é um serviço que a população quer esse serviço, ela demanda, então eu penso que na atenção básica é possível se fazer a clínica mesmo, em termos de psicoterapia breve, de psicoterapia de grupo, que isso é algo assim importante que se tenha, que não se ... na história, não sei com o que vai caminhar a história da psicologia em Maringá, mas que isso não se perca. E também outras atividades que o psicólogo pode estar inserido que a ai são grupos informativos, grupos terapêuticos, que ai sim com outros profissionais, que também é possível e é algo que é importante que se faça e que também ajuda em outras situações, em outros sofrimentos, mas existe um sofrimento, que é o sofrimento do indivíduo que ele precisa sim desse atendimento, até para que as doenças não se agravem, não cornifiquem.
Pesquisadora: Então você trabalha bastante com psicoterapia breve, com o trabalho de psicoterapia em grupos e amplia um pouco a clínica para essas ações da estratégia saúde da família?
Profissional D: Sim, lá a gente tinha grupo de tabagismo, eu participava do grupo junto com a enfermeira e era um grupo que eu acho importante e que dá um resulta, é um grupo que tem que existir sim, outros grupos que a gente tinha era grupo de adolescentes junto com a parte da

enfermagem, com as ACSs, também são grupos que são importantes, de acompanhamentos dos pacientes crônicos, distúrbios psicológicos crônicos, transtornos mais graves, a gente também tinha grupo, grupo tanto com os pacientes que era um grupo que ai participava a enfermeira também, as ACSs e acompanhamento desses familiares, desses pacientes crônicos também. Eu acho importante que se tenha isso.

Pesquisadora: Tem parceria com o CAPS, com algum CAPS nesse sentido desses pacientes crônicos ou quando eles passam por situações de internação seja na emergência psiquiátrica ou no hospital? Vocês recebiam essas informações desses outros locais na UBS pra poder desenvolver e chamar para o grupo?

Profissional D: O ano passado, isso tava mais sistematizado, essa contrarreferência, tanto da emergência psiquiátrica como do hospital psiquiátrico. Desses dois locais a gente estava recebendo a contrarreferência de modo regular e do CAPS infantil também né, eles tavam conseguindo fazer isso. O CAPS Canção não consegue fazer isso ainda, mas eu acho importante que se tenha isso porque é um jeito da gente estar buscando esse paciente, entrando em contato com ele, tá verificando, é papel da atenção básica então é importantíssimo.

Pesquisadora: E o NASF? Em que ele contribui para tudo isso que você disse que já são ações que já acontecem? O NASF contribui para fortalecer essas ações? Em que medida?

Profissional D: Pergunta bem difícil. Eu acho, porque eu... eu penso assim: como Maringá tem o psicólogo na atenção básica a entrada do NASF em Maringá... a gente sempre teve essa preocupação de estar junto com as equipes saúde da família, o psicólogo sempre teve junto, nunca ficam só na clínica, só atendendo clinicamente, então sempre que possível, sempre tentou pensar junto as estratégias junto com as equipes. Tanto é que lá na outra UBS onde eu trabalhava quem agendava o paciente, a primeira consulta sempre foram as equipes, então a equipe conversava sobre o paciente, acolhia e daí marcava a consulta. Então sempre teve essa troca e com a entrada do NASF, como eles tem que atender mais de um posto, eu acho uma lógica muito complicada, parece que "quem tá em tudo, não tá em nada", então assim, que eles ficam meio perdidos, eu acho difícil para os profissionais, mas eu sinto que eles contribuem... tem uma contribuição ... e talvez assim, como é muito recente eles ainda não conseguiram estruturar isso, porque lá, eles participavam das reuniões de equipe mas de um jeito... como são muitas equipes para acompanhar, de um jeito... menos frequente, lá a gente fazia reunião com as equipes a cada 15 dias, nas quartas-feiras, as 08 horas uma equipe e na outra quarta outra equipe e a outra e assim eia fazendo esse rodizio, era um horário que a gente fazia só para falar de saúde mental, não era participar da reunião de equipe deles, e ai a psicóloga do NASF não conseguia vir porque tinha que atender as outras unidades e eu entendo perfeitamente, é humanamente impossível, então esse trabalhado mais de perto fica difícil para eles, mas nos grupos ela participava, então assim ela participava do grupo com os pacientes crônicos, tanto do grupo de paciente quanto de familiares, do grupo de tabagismo. Era muito importante a participação dela nesses grupos assim, porque daí o psicólogo da unidade, ele fica mais preso, terminou o grupo tem atendimento, eles estão mais livres, tem essa liberdade... se precisar de material, de alguma coisa nesse sentido eles podem estar favorecendo. Essa participação é importante para dividir as tarefas, o que vai ser feito, para preparar.

Pesquisadora: Bem, então a proposta do NASF ela vem também trazer essa discussão da saúde mental para outros profissionais. Você falou dessa participação da psicologia, por exemplo, nos grupos de saúde mental e como você vê os outros profissionais do NASF? Eles contribuem também para desenvolver uma promoção da saúde mental da população? Eu não sei como é a composição do NASF lá onde eu trabalhava antes, mas aqui na UBS 02 a gente tem terapeuta ocupacional, nutricionista, educador físico. Então como você vê o envolvimento desses outros profissionais do NASF na saúde mental?

Profissional D: Eu penso que seja importante, porque eles... por exemplo, o educador físico, se ele desenvolve uma atividade com a população em que promove a atividade física e as pessoas se sentem bem ali, com certeza ela vai estar melhor consigo mesma, então ela vai estar bem, eu acho importante até a nutricionista, hoje assim, a gente tem essa questão da obesidade, mesmo da outras doenças bulimia, anorexia, então se ela consegue desenvolver o trabalho com a população é extremamente importante e vai favorecer a saúde mental, não tenha dúvida disso.

Pesquisadora: E você percebia se acontecia isso lá?

Profissional D: Lá a nutricionista tinha um grupo em que ela fazia, pelo menos 02 anos seguidos esse grupo aconteceu então fazia. O educador físico também tem um grupo de caminhada, de orientação também e tinha o orientador e tinha a farmacêuticas, mas uma dificuldade que a gente tem com as equipes do NASF é porque, como ... não sei se é por isso, mas é o que eles falam, pelo fato de ser CLT, então tem uma rotatividade muito grande dos profissionais e isso na atenção básica é muito ruim. Porque quando você tem uma equipe, mesmo que seja dos profissionais do PSF, das equipes saúde da família, da própria unidade, profissionais da unidade, que é uma equipe que está a mais tempo ela conhece a população e isso favorece para as atividades, planejar e executar. Então a rotatividade dos profissionais do NASF atrapalha, algo que teria que se pensar no sentido de melhorar a condição de trabalho deles para que os profissionais permaneçam, porque as vezes, lembrei disso quando falei da farmacêutica, porque no momento que tinha uma farmacêutica aqui desenvolvendo um trabalho bacana, tava participando junto das reuniões, pela questão dos fármacos que se usa muito hoje, ela passou em um outro concurso e ela saiu. E tá em aberto até hoje, mas daí vai entrar outra profissional e até ... ai o serviço nesse aspecto ele não desenvolve. O psicólogo do NASF lá também trocou, o único profissional do NASF lá da outra UBS onde eu trabalhava que não trocou foi a nutricionista, do resto todos trocaram. Então isso atrapalha muito.

Pesquisadora: Em sua fala, você foi mencionando alguns dispositivos da RAPS de Maringá. Falou do CAPSi, falou do CAPS Canção, quando é possível fazer a referência do CAPSi eles fazem, emergência e hospital psiquiátrico. Que outros dispositivos você reconhece que tem em Maringá e que fazem parte da atenção psicossocial?

Profissional D: Você fala dispositivos?... **[Equipamentos de atendimento de atenção à saúde mental].** Que o governo ofereça? **[Sim].** Bom... a gente tinha aqui os CAPS, tem a unidade básica, a gente tinha um ambulatório, mas esse ambulatório ele tá sendo pensado... a proposta é que ele vai virar um CAPS também, tem a emergência, tem o hospital psiquiátrico e o hospital municipal com os leitos, de serviço pra saúde mental que o município oferece é isso, mas a gente tem que entender que outras coisas que o município oferece como creche, escola, tudo isso são coisas que contribuem pra saúde mental, centro esportivo.

Pesquisadora: Agora são perguntas mais pontuais sobre alguns conceitos. Os profissionais da Atenção Básica precisam trabalhar em equipe, então, o que é trabalhar em equipe para você?

Profissional D: Trabalhar em equipe é quando os profissionais que estão naquele local eles podem pensar quais as estratégias que serão encaminhadas, tomadas e desenvolver. Isso é trabalho em equipe, é conhecer a população, verificar o que é necessário e estar desenvolvendo.

Pesquisadora: O NASF trabalha com a ideia de fazer apoio à estratégia saúde da família. O que você acha que é o apoio? O que é o apoio que o NASF deve oferecer? Como você entende, qual a sua concepção de apoio?

Profissional D: Esse apoio, em termos de saúde mental, eu penso que assim, como a questão da saúde mental, não tem como falar de saúde sem falar de doença, é uma doença que ainda sofre muito preconceito, então assim, o NASF tem que estar trabalhando no sentido de conscientização, do que é a doença mental, que um trabalho assim que o município faz ele a anos, mas ele nunca se

escota, que sempre tem profissionais novos. É um ponto que tem insistentemente ser trabalhado, até porque troca profissionais das equipes, das unidades, então tem que estar sempre falando isso. E o apoio é estar junto, tem atividades que eles têm que desenvolver junto com as equipes, as equipes em si não vão dar conta de estar fazendo sozinhas, pode ser que depois de um tempo executando as atividades elas façam sozinha, mas que precisa estar junto para estar desenvolvendo, estar executando, então é pensar junto com as equipes o que aquela população daquela equipe precisa e como que vai ser feito isso.

Pesquisadora: Para terminar são outras duas concepções: a concepção de saúde que faz parte do trabalho e a concepção de família que eu também acho importante investigar, pensando que essa pesquisa ela e voltada para os profissionais da Atenção Básica que se concentram em torno da Estratégia Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Como você concebe saúde e concebe família?

Profissional D: Bom, saúde é a gente estar bem, físico e mentalmente. O que não quer dizer que a gente não passe momentos que a gente precisa do atendimento, seja do médico, psicólogo, que em muitos momentos da vida a gente vai ter situações adversas e ai é poder estar bem junto com a família mesmo, porque a gente não vive sozinho. Saúde é isso, estar se sentindo bem. E em relação a família, eu acho que é algo ... é uma situação que está difícil hoje em dia, porque a gente tem as famílias de um jeito muito diferente do que a gente tinha a um tempo atrás. Mesmo as famílias estando diferentes, tem coisas que a gente não pode perder de vista, que família é aquilo que nos apoia, nos matem, é um lugar onde se a gente tiver em crise é pra lá que a gente tem que correr, tem que ser o nosso porto seguro, então nesse sentido, trabalhar com as famílias é muito importante, aquelas que não tão assim, não conseguem estar assim, pra que elas possam estar assim, ser esse lugar onde o indivíduo consiga esse ter esse suporte, essa confiança.

PROFISSIONAL E – UBS 01 e 02

Data: 24/06/2013

Pesquisadora: Bem, muito obrigada por sua participação na pesquisa. Essa via do TCLE fica com você e eu gostaria de começar esse momento da entrevista, perguntando sobre a sua formação e sua experiência profissional.

Profissional E: Eu sou enfermeira. Sou formada há 12 anos. Minha experiência sempre foi em Hospital Geral. Nunca havia trabalhado em UBS. Acho que foi bem válida, a vinda do Hospital para a UBS, no sentido de que eu pude experimentar um outro lado né, da assistência de enfermagem que me fez muito bem, que é essa assistência preventiva, que é a orientação antes de acontecer uma doença, que é um vínculo com a população, assim, uma população mais restrita, especialmente daquela área ou daquele bairro. Então, você tem um contato maior, tem como você ter um retorno inclusive. Já a nível hospitalar não, você cuidou ali foi embora, de preferência que você não veja nunca mais né? Então, a gente não podia dizer "Oh, apareça! Volte!", né? Não! A gente queria dizer: "Não volta nunca mais, não quero nem te ver", porque a intensão é que eles não ficassem doentes. Então, é um vínculo diferente. Eu pude perceber que na UBS tem muita coisa para se fazer, é uma área muito abrangente e uma população que merece essa assistência, esse cuidado, né? Foi legal, foi uma transição legal, eu tinha um pouco de medo, mas hoje já estou mais à vontade. Tem muita coisa que eu ainda estou conhecendo, porque quer queira ou não, 12 anos de formada e... até então, praticamente 11 anos de hospital, nunca tinha tido uma experiência com UBS e... tem muita coisa na prevenção, mesmo nos cuidados básicos de unidade de saúde que eu estou aprendendo agora.

Pesquisadora: Em muitos momentos em que estive na UBS 02, eu ouvi os outros profissionais se referindo a você como enfermeira assistencial. Eu gostaria que você me explicasse esse termo. Esse é o termo que designa mesmo sua função ou é um termo que eles estão utilizando para explicar a sua atuação junto às equipes? Como é isso?

Profissional E: Apesar de ser "enfermeira assistencial", o termo, eu acho, que não é o termo correto, porque dá a impressão que a enfermeira assistencial ela executa a assistência, mas não diretamente a assistência ao paciente. Na verdade, eu executo uma assistência pra quem tiver precisando, pode ser sim o paciente, mas também pode ser a UBS. Pode ser um profissional. Por exemplo, eu estou aqui na ESF Rosa hoje porque a enfermeira dessa equipe está de atestado. Então, se estou dando uma assistência pra ESF Rosa, no sentido que estou cobrindo a enfermeira né, então a enfermeira assistencial ela é meio multiuso, aonde tiver precisando a gente vai, não era o que eu esperava... Não era o que eu esperava, eu esperava que eu fosse ficar mais direcionada à UBS 02. Que eu não rodasse tanto, mas eu já cobri a ESF Cinza, na UBS 03 e agora estou aqui, cobrindo a ESF Rosa. Cubro outras equipes que as enfermeiras saem de férias, então eu esperava que eu, como enfermeira assistencial fosse atender ao público, atender uma clientela, ser uma profissional da UBS. Eu sou uma profissional da UBS, não tenho uma equipe fixa, na verdade ajudo aonde for necessário, executo alguns relatórios. O preventivo, por exemplo, está sob minha responsabilidade, então tanto o relatório mensal, como solicitação de materiais, entrega de resultados, saúde do homem também, relatório, pedido de almoxarifado, então, algumas coisas assim que eu ajudo na administração, a diretoria, mais alguma coisa que a diretora necessita que eu estou sempre colaborando, mas não tenho uma função muito definida. O que causou também, causa assim um certo incômodo, porque as outras enfermeiras, cada uma tem uma expectativa né, de que eu possa ajudar num ponto. Elas procuram a diretora perguntando: "A Enfermeira Assistencial não posso me ajudar nisso? Esse mês, a Enfermeira Assistencial não pode ajudar me naquilo?". "Não pode, porque vai ter que cobrir fulano!". Então gera, assim sabe... eu já senti que gera um desconforto entre a equipe, porque cada um tem uma visão do que a Enfermeira Assistencial deveria fazer, mas no fundo não é um papel que tá definido na Secretaria Municipal de Saúde como um todo, porque existem outras Enfermeiras Assistenciais também que estão na mesma situação.

Pesquisadora: É uma função nova?

Profissional E**:** Ela veio é ... até onde eu sei, depois que os cargos é... de confiança começaram a serem ocupados por diretores que não eram da área de saúde, então se o diretor não é enfermeiro, não é da área de saúde, por exemplo, não tinha muito conhecimento, então, tinha uma enfermeira que daria uma assistência pra ele não ficar tão perdido, então veio mais, depois disso e algumas UBSs não tem, principalmente quando é pequenininha, as maiores tem, eu sei que a Quebec tem, Zona Sul tem, então assim, cada diretor usa enfermeira assistencial como lhe convém, de acordo com as lagunas que vão surgindo e a diretora tem muito certo assim, e eu também sou muito tranquila em relação a isso. Precisa de mim, pode pedir e eu vou fazendo aquilo que é necessário. A gente sabe que tem falta de profissional, que tá difícil, tem falta médica, tem falta de enfermeiro, de auxiliar de enfermagem, técnico, administrativo, tudo, então o que a gente puder ajudar... a gente ajuda!

Pesquisadora: Entendi! E vindo para a UBS, você começou a ter contato com o NASF. Como você tem visto essa proposta, o que é o NASF para você?

Profissional E: Olha, assim, eu achei muito legal a proposta do NASF. Eu também não conhecia, estava no Hospital Municipal quando comecei a ouvir falar em NASF, né, na época a gente trabalhava com a clínica ampliada no Hospital Municipal, lá na clínica médica, e a gente tinha contato com a UBS, assim, de algum paciente receber alta, a gente ligar na UBS falando "Oh, tal paciente está indo para casa!". E daí veio da Secretaria de Saúde uma orientação de que a gente

poderia estar falando com o pessoal do NASF, porque agora as UBSs teriam, então, vários profissionais, teriam Fisioterapeuta, teria Nutricionista, Psicólogo, Assistente Social, tudo... Então seria mais fácil para dar um suporte para essa população. E assim, a gente do hospital entendeu errado, na verdade. Porque a gente achou que o NASF fosse trabalhar com a população, né, exclusivamente, atendendo. Por exemplo, a nutricionista atendendo a população e tudo mais e não tinha essa noção de apoio matricial. Porque a gente não tem mesmo, quando a gente está no hospital, essa noção de um todo, né? Que é muita gente pra um grupo. Então, essa era a visão que eu tinha. Quando eu vi, era um grupo de profissionais que na verdade se reunia para definir estratégias de prevenção, de educação, estratégias até de lidar com os próprios funcionários. Então assim, uma coisa muito maior do que eu pensava. Eu vejo o NASF com uma função tão abrangente e ao mesmo tempo tão específica, assim de ter que dar conta disso. Eu acredito que se o NASF tá atuante, se ele tem uma boa relação com os profissionais da UBS e consegue definir algumas estratégias junto com esses profissionais e até junto com a população em alguns momentos, tem uma grande chance de dar certo, de dar certo essa interferência deles. Assim, com a questão da saúde e tudo, eu vejo pela própria Educadora Física, por exemplo, com a caminhada, com todos os seus projetos na ATI, então a população já habituada com isso. Os profissionais do posto, já estão habituados com isso, então a gente já sabe a quem se dirigir. A mesma coisa com a nutricionista na questão da nutrição, independente dela não conseguir dar conta de atender a população, por exemplo, a gente sabe quem procurar quando a gente precisa. E ela não vai falar "eu não vou fazer", então situações específicas, você tem o profissional ali, que vai te dar um retorno, né, porque antes era tudo muito em cima do enfermeiro... até aquela visão medicalocêntrica, Enfermeiro e o Médico e só... A Enfermeira executa aquilo que o médico acha que é interessante... Então, ter outros profissionais que também pensam junto, sentam pra criar estratégias, é muito legal.

Pesquisadora: Como você teve a experiência no Hospital, você acha que o NASF trouxe a perspectiva da clínica ampliada para a atenção básica?

Profissional E: Eu acredito que sim. Não nos modelos assim que eu conheço de clínica ampliada, mas é possível, inclusive, ter... Acho que a clínica ampliada é realizada pelo NASF rotineiramente, né, por que a clínica ampliada não é só sentar, fazer uma roda e discutir especificamente um paciente, mas de um todo, do serviço e de um todo, diariamente pode acontecer... da gente ter marcado, por exemplo, hoje fazer uma clínica ampliada com os profissionais da UBS, vamos sentar pra gente conversar em específico sobre esse caso, sobre esse paciente, sobre essa família, sobre essa micro área, enfim, acho que eles estão bem preparados pra isso. Acho que o que não está preparado para isso é a UBS, porque a gente acaba não arrumando tempo pra isso, pra sentar e conversar, mas se a gente conseguisse se organizar, seria muito interessante.

Pesquisadora: E ai, tratando das diversas necessidades da população, a gente tem a Saúde Mental no meio como uma da necessidade. Como é que você tem visto a política de saúde mental? Você pode falar também da sua experiência no hospital, nesse sentido, se você teve contato com a emergência psiquiátrica do Hospital Municipal, como que você vê a política de saúde mental?

Profissional E: Olha, eu também, assim, não tive muito contato psiquiatria, porque não é uma área que eu me sentia muito à vontade até hoje, não é uma das minhas favoritas. O que eu tive mesmo de contato foi ali no hospital, mas especificamente no Hospital Municipal, que onde eu me deparei com paciente psiquiátrico e algumas coisas que a gente sabia do dia a dia, então assim, não sei como é que está hoje, mas enquanto eu estava lá a gente tem aquela visão de que psiquiatria tem que ser um lugar seguro, isolado, fechado, porque a gente tem medo de ir lá e algum paciente surtar e te agredir, porque geralmente a família é problemática, então assim, é complicado porque a gente tem um preconceito do paciente psiquiátrico e até do setor de psiquiatria, que as vezes não é bem verdadeiro, mas é o que a gente vivencia, então o que que eu vivenciei da psiquiatria, aquele setor

extremamente fechado, que você não consegue ver o que está acontecendo lá dentro, portas trancadas com chave, o paciente que de repente chegava em surto psiquiátrico que na verdade é aquele que chega mais agressivo, que chega gritando, a família, as vezes, sem paciência, a família também difícil de lidar, é ... Então precisa de contensão, precisa de medicação, corre daqui, corre dali, a o paciente fugiu... sabe, então ... é essa visão que eu ainda tenho da psiquiatria, por mais que a gente tenha tentado discutir humanização dentro da psiquiatria, vamos fazer alguma coisa diferente, a os pacientes tem direito a ficar em um local mais aberto, mas arejado, pode sair e dar uma voltinha, ainda sim é muito difícil trabalhar, com essa questão, não é todo mundo que entende, não é todo mundo que aceita e também não é todo mundo que acha que é possível fazer isso, possível trabalhar com paciente psiquiátrico em um ambiente mais livre. Eu não sei, porque na verdade sempre foi assim, sempre tão fechado e então agora fala de ter um ambiente mais aberto, um lugar mais livre pra eles, pra eles não se sentirem tão presos e até pra gente não ter essa visão que o paciente psiquiátrico tem que ficar num lugar preso, mas é algo que... tem que vir devagarzinho, até pra gente se sentir capacitado para trabalhar. Então, é a visão que eu tenho da psiquiatria hoje seria essa, infelizmente, uma luta por tentar melhorar as condições de... tratamento mesmo pra família e para o paciente psiquiátrico, mas ainda um despreparo muito grande dos profissionais, não só profissionais capacitados, especializados naquilo, médicos que não são especializados, temos poucos psiquiatras, então eu lembro que no Hospital Municipal tinha psiquiatra que, tinha médico que não era psiquiatra mas que tinha um conforto, vamos dizer assim, em trabalhar com o paciente psiquiátrico ou tinha uma certa experiência do dia a dia, então ele ia fazer plantão naquele momento, mas não tinha preparo para estar atuando com os familiares e até com a própria equipe, então aquela coisa muito assim: eu sei medicar pra acalmar em cima da conte (?), mas do que isso não, acho que não era só isso, acho que tinha mais coisas, então um ou outro profissional, assim com mais experiência ou que lutou ou ainda luta, por uma reforma mesmo, mas ainda patina.

Pesquisadora: São poucos leitos, né!

Profissional E: São acho que 20 leitos, 10 femininos, acho que aumentou um pouquinho tem mais feminino do que masculino.

Pesquisadora: Sim, tem 26 leitos de Emergência Psiquiátrica.

Pesquisadora: E aqui na Atenção Básica? Como é que você tem visto a questão da saúde mental? É um sofrimento frequente? As equipes lidam sempre com ele? Ele aparece? Como você tem visto?

Profissional E: Olha, ele aparece pouco ... ele aparece pouco na UBS, geralmente é o familiar que aparece mais. Acaba que o familiar usa mais o serviço, né... para solicitar ajudar, para buscar medicação. Eu vejo mais o familiar do que o próprio paciente, pelo menos, nesse um ano e pouquinho que eu tenho de experiência. Eu não tenho visto o paciente psiquiátrico no posto, não... livre, sabe? Eu não sei se ele está em casa escondidinho, dando trabalho pra família e tal. Mas assim, uma hora ou outra, você escuta uma história de que: "Ah, o filho desse paciente aí, desse senhor aí é isso e aquilo, né!". Ou ele mesmo chega e conta: "Oh, meu filho tá assim, porque eu preciso de medicação, que a medicação dele acabou. Ai, pelo amor de Deus, tem que mandar esse menino para o sanatório, tem que ficar um pouco lá pra me dar descanso". Ainda muito assim eu tenho ouvido, não tenho visto muito paciente não.

Pesquisadora: Maringá tem alguns dispositivos, alguns equipamentos espalhados pelo município para tentar dar conta também dessa reforma psiquiátrica. Você conhece esses equipamentos? Você sabe citar quais são? O que existe na Rede de Saúde Mental de Maringá?

Profissional E: Em relação a estrutura de assistência? Então, na época que eu estava no hospital mesmo, a gente ficou sabendo do CAPSi, lá do Santa Felicidade. Me confundo um pouco em relação aos CAPS, acho que é o CAPS infantil que ia tentar trabalhar com uma população de menores, que tinha essa necessidade, né? Então, a gente, no começo, criticou muito, porque a gente pensava: "Meu Deus, vai chegar esses usuários, essas crianças revoltadas ali no Santa Felicidade, uma população tão difícil, como é que eles vão ficar lá? Como é que vai ficar Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem ali de frente para a população, lidando com isso? Vão entra lá e vão badernar!". Então assim, essa foi a nossa crítica no começo, achando que era uma loucura. Não sei como está funcionando, não tive a oportunidade, inclusive, de conhecer lá. Mas sei também que não ouvi nenhuma coisa ruim, dizendo que "oh, aconteceu isso, isso lá", tal como a gente esperava que fosse acontecer. Mas acredito que pelo nosso próprio preconceito, então, mesmo a gente sendo de hospital e lidando... Acho que até por isso, a gente lidava com a chegada do paciente psiquiátrico em surto. Então, a gente imaginava isso "Mas tá, vai ter médico 24 horas? Porque vão chegar surtados e quem vai medicar, vão fazer o que? O que vai fazer a psicóloga, quando o paciente chegar doido? Vai conversar?". Então, essas eram as críticas e depois disso eu não tive mais notícia, né. Então, eu vim para UBS e acabei não tendo mais notícias de como é que está funcionando e como eles tem lidado com essa situação, se tem médico 24 horas ou se não tem... e... Conheço algumas casas, que eu ouvi falar muito bem e alguns colegas, Técnicos de Enfermagem trabalham nelas. Então me contaram que era gostoso, de que acompanham os pacientes, de que estimulam eles a cozinhar, a lavar louça, tomar banho direitinho e que é até possível eles saírem eventualmente. Cada um tem o seu dinheirinho, então... é estimulado que eles tenham um cuidado, um autocuidado. Também ouve uma grande crítica, em princípio porque "Nossa! Quantas casas vão ser necessárias para absorver tantos pacientes?". É uma coisa que assim, na nossa cabeça... dá a impressão que é muito, eu não sei também o número de pacientes que poderiam, deveriam ficar nas residências terapêuticas e quanto que uma casa pode absorver. Eu não sei, mas a impressão que a gente tinha também é de que era um trabalho muito individual, ou seja, que iria beneficiar poucos, então, quem seria o beneficiado? Qual o critério? Então, a crítica foi mais nesse sentido: "Vão conseguir absorver uma população grande? Nossa! Quantas casas vão ter que fazer para absorver? Por que uns tem direitos e outros não se é um trabalho tão legal?". Ficou assim, também não tive um retorno, acabei não procurando também como é que tem sido... se está faltando vagas, se tá legal, se precisaria de mais casas, aí já não sei...

Pesquisadora: Então você citou os CAPS, as Residências Terapêuticas, a própria Emergência Psiquiátrica, o Hospital Psiquiátrico, você sabe de mais algum que tem na rede?

Profissional E**:** Que eu me lembre agora ... para paciente psiquiátrico mesmo, para saúde mental, que eu me lembre agora só.

Pesquisadora: E, como você está dizendo, a gente tem esses equipamentos com profissionais de diversas áreas, para pode dar conta de necessidades tão particulares e tão diversas. Então, gostaríamos que a gente continuasse falando sobre essa questão, abordando agora o trabalho em equipe. No hospital, provavelmente você tenha trabalhado em equipe, talvez agora como enfermeira assistencial, como você disse "estou sem equipe!". Você mencionou que tem trabalhado muito sozinha. Mas o que é, para você, trabalhar em equipe?

Profissional E: Olha, pra mim, trabalhar em equipe ... também eu tive um ótimo exemplo antes de eu vir pra cá que foi na clínica médica do Hospital Municipal. Trabalhar em equipe, na verdade é você perceber que cada profissional, que cada área em específico tem um olhar que complementa o teu, que não é igual e insubstituível, e se unidos... Acho que estou até sem palavras... Acho que se você unir o olhar de cada profissional conseguindo trabalhar em equipe em prol do serviço, do paciente, do indivíduo, da família, do problema em si, é muito interessante, o que sai, assim, de

tentativa de resolução, de perspectiva de avanço e até de cumplicidade um com o outro. É impressionante! Eu tive essa oportunidade de trabalhar com a clínica ampliada na clínica médica e com vários profissionais, desde Serviços Gerais até o Médico. Então, incluía Serviços Gerais, incluía o Técnico, o Enfermeiro, o a Assistente Social, o Psicólogo, o Fisioterapeuta, o Farmacêutico e eram livres as reuniões. As pessoas do hospital poderiam participar, porque o bioquímico também tinha interesse em saber se os resultados dele estavam sendo precisos. Então, ele estava lá dentro do laboratório, mas também ele participava. A nutricionista estava lá em baixo, na copa, mas ela também participava e desde o diretor, o diretor tem um tempo muito corrido, mas quando ele podia ele estava presente nas reuniões também. Ele também tinha e tem uma ligação direta com o paciente, essa foi a experiência mais ampla que eu tive de trabalho em equipe e que deu muito certo, muito certo. Então a gente conversava em prol de uma situação específica e, daquela situação, a gente conseguia retirar sugestões e essas sugestões eram cumpridas, eram designadas e o responsável cumpria até a gente chegar na nossa meta final. Foi uma experiência riquíssima, que eu vou levar pra sempre, acho que o trabalho em equipe é extremamente importante e é como eu disse, cada profissional tem um olhar que é... específico e é insubstituível, como eu já tinha dito, não tem como: o Assistente Social não vai ter o mesmo olhar que o Nutricionista, não vai me dar a mesma resposta que eu preciso. Eu acho que quando a gente tem humildade pra aceitar que você sabe só o seu limite, o que está dentro da sua categoria profissional, você consegue perceber que você precisa do outro. Não tem como você trabalhar sem a opinião do outro, que sabe de outra coisa que você não entende e não sabe. Então se completa e acho que tem um ganho, não só a gente, que ganha conhecimento, mas o paciente. Nossos objetivos são eles, a população, o paciente, o serviço em si. Quem ganha é o serviço, quando a equipe consegue trabalhar bem unida.

Pesquisadora: E a sua concepção de saúde?

Profissional E: De saúde? A minha concepção de saúde eu acho que eu comecei a formar agora, porque até então, eu acho que eu tinha concepção de doença. Eu também criticava a prevenção ou a assistência básica que não davam conta dos pacientes, que chegavam naquela situação ou dos pacientes que iam embora e também não iam ter uma boa assistência porque ninguém ia visitar, porque ninguém resolve, ninguém vai atrás. Então hoje eu estou do outro lado e tenho percebido que a saúde ainda está bem imatura. Acho que é essa a palavra. Por mais que a gente tente fazer e alcançar os nossos objetivos, ainda tem muita coisa pra gente rever, tem muita coisa pra gente tentar criar, melhorar, avançar. Então, lógico que são tantas coisas, falta profissionais, falta estrutura, falta capacitação, falta vontade das pessoas, falta até carácter, porque tem pessoas que por mais que não tenham tudo isso, vão estar sempre lutando e tem outras que mesmo tendo também não iam fazer. Então, é difícil o processo, é lento, eu acho que evoluiu muito, na verdade evolui, Mas acho que a gente ainda precisa crescer bastante, precisa abraçar mais a causa, precisa se responsabilizar. Acho que essa é a palavra mais forte: se responsabilizar pela saúde, pelas pessoas, porque o que a gente vê ainda é aquele jogo de empurra. O paciente chega aqui numa situação e eu não sei o que fazer pra ele neste momento ou como vou resolver o problema dele. Aí, eu jogo esse paciente para outro profissional, sem resolver o seu problema e também não me responsabilizo por isso. E jogo para o outro e não me responsabilizo. Então, é aquele paciente que pingou em vários serviços, nenhum teve uma escuta qualificada, nenhum teve uma atenção específica para, no sentido de tentar resolver ou de encaminhar para o lugar correto, para pessoa que vai resolver. Falta isso, sabe? Falta se responsabilizar e resolver e não é difícil fazer isso, por que talvez a gente não tenha estrutura e não tenha profissionais suficientes, mas se a gente começasse a fazer, acho que as demandas começariam a diminuir, porque daí você resolve, você pega um caso e vai até o fim, resolveu aquele caso, pelo menos, tá resolvido, não vai voltar tanto para você. Agora o que a gente vê, é que o paciente volta... volta falando mal dos profissionais e

as pessoas vão se estressando com ele, aí quando ele chega, ninguém quer resolver o problema dele. "Aí, tó pra você...". Essa é uma das realidades do sistema.

Pesquisadora: As intervenções na Atenção Básica são muito voltadas para família. Acho que no hospital também deveria ter essa parceria com a família em muitas situações. Mas, na Atenção Básica, até mesmo nos nomes dos programas há uma designação da família. Como você tem percebido a relação entre família e serviços da Atenção Básica? E qual é sua concepção de família?

Profissional E: É, que também uma outra coisa muito interessante e que eu não tinha essa visão até eu fazer a especialização em gestão da clínica. Eu fiz essa especialização lá em São Paulo, com uma equipe lá do Hospital Municipal. Fazendo a especialização de gestão da clínica nos hospitais do SUS, tive oportunidades de perceber que não dá para chegar em determinadas situações ou estudos de caso e achar que "Ah, mas não é responsabilidade minha, ah mais ..." e tentar se esquivar. Porque abraçar a família é difícil, não é fácil, você tem que ter um olhar muito amplo e tem que ter uma força de vontade grande. Entender que o indivíduo tá com a pressão alta porque em casa ele tem vários problemas, não é para qualquer um ainda, infelizmente. E quando a gente começar a entender isso, o que a criança tá obesa porque não é só a obesidade... porque não é aquilo que você tá vendo ali, mas porque, por de trás disso tudo, tem uma família desestruturada: falta a mãe ou a questão é alimentar, é socioeconômica, tudo... tentar dar conta disso... Então é algo assim que é o futuro. Deveria ser por esse lado, mas ainda infelizmente tem poucos profissionais que tem pensado assim. Poucos, eu não sei, eu conheço poucos, talvez tenham mais, mas eu conheço poucos que tem abraçado a causa nesse sentido e que conseguem ir além, porque a maioria até sabe, mas "não vou fazer nada, porque não tá no meu alcance, não é problema meu ou porque se eu for fazer isso eu não vou dar conta das outras coisas, porque se eu for me preocupar com essa questão, meu Deus, o que eu vou fazer, não ganho pra isso, muito stress". Então, isso infelizmente é o que eu tenho visto. Até percebo que quando a gente se preocupa, que quando um profissional ou outro se preocupa com essas questões e tenta colocá-las pra equipe, eu acho que as pessoas ficam até um pouco ofendidas, como se eles não tivessem fazendo o que é de obrigação deles. Se sentem um pouco ofendidas no começo, porque não estão acostumadas a abraçar aquele caso com um todo. Se está cuidando de um específico, mas na verdade é uma família, é uma história, não é o "Sr. José", é o "Sr. José" que é casado com a "D. Maria", que tem 4 filhos que não tá trabalhando no momento e que a esposa também é doente, que tem um filho especial e que não tem o que comer. Então, a gente tentava ver isso e lá no hospital era muito legal, porque no hospital, chega mais fragmentado ainda do que na UBS. Na UBS, você ainda tem a possibilidade de fazer a visita, um ou outro agente comunitário conhece a realidade daquela família e tal. Então, na UBS você tem a oportunidade de conhecer mais a respeito ainda. Eles não estão sabendo o que fazer com essas informações, eu acho que ainda falta as pessoas sentarem, sentar e conversar a respeito. “O que nós vamos fazer com o caso da fulana?”. Porque daí, eu sei de uma coisa, o ACS sabe de outra, o Médico sabe de outra, cada um tem um olhar. Eu acho que na UBS, essas informações são mais visíveis do que o hospital, mas ainda não estão sabendo trabalhar com elas, isso que eu tenho percebido.

Pesquisadora: Ok! Essas eram as perguntas que eu tinha para te fazer. Você gostaria de acrescentar mais alguma informação? Ou fazer alguma pergunta sobre a pesquisa?

Profissional E: Não, Renata. Ah, só queria saber se você vai disponibilizar os resultados para nós, ao final do seu trabalho?

Pesquisadora: Sim! Vou deixar tanto o texto da tese na Secretaria de Saúde, como também está prevista uma reunião com o NASF, ao final, para discussão dos resultados. Bem, então, muito obrigada por sua participação!

PROFISSIONAL F – UBS 01
Data: 24/06/2013
Pesquisadora: Eu queria que você começasse falando da sua formação. Você é psicóloga há quantos anos já?
Profissional F: Eu fiz licenciatura em Londrina. Terminei em dezembro de 1978. Depois, em agosto de 1984 eu vim para Maringá e fiz um último ano aqui, de agosto de 1984 a agosto de 1985. Fiz algumas especializações, a última foi em 2010, que eu fiz em São Paulo, terapia cognitiva, que é onde eu trabalho mais nessa linha. Antes era só comportamental, agora eu sou da linha cognitiva comportamental.
Pesquisadora: Você sempre trabalhou em saúde pública?
Profissional F: Eu trabalhei 23 anos na APAE em Mandaguaçu. Comecei lá em 1988e sai há pouco tempo, em 2011. Trabalhei na NPR do Lago, trabalhei um ano, trabalhei 06 anos no colégio Objetivo. Então, minha experiência com escola foi em 03 escolas, foi uma experiência legal. Na prefeitura eu estou há 17 anos. Eu fiz o concurso em 1995, fui chamada em 1996 e estou até hoje.
Pesquisadora: O seu veículo nunca foi um único vínculo, por exemplo, um vínculo só com a secretaria de saúde? [Não.]. **Você tinha esse vínculo com a NPR, com a APAE?**
Profissional F: Quando eu entrei na prefeitura, eu estava na APAE e no colégio Objetivo. Eu já tinha saído da NPR. Já fui concursada antes de terminar a psicologia, eu era professora, antes de casar, mas em outra cidade.
Pesquisadora: Então, você tem bastante experiência na educação?
Profissional F: É na educação tenho sim.
Pesquisadora: E essa sua inserção na saúde pública? Você fez uma escolha ou era, assim, uma questão mesmo salarial ou pelo fato de ser concurso, o que fez você vir para a saúde pública?
Profissional F: Foi o concurso mesmo. O concurso me chamou a atenção, tive a sorte de passar e estou há 17 anos.
Pesquisadora: Nesses 17 anos você deve ter assumido diversos locais de trabalho?
Profissional F: Na verdade foi assim, foi convidada para ir trabalhar no Maringá Velho, fiquei por 06 meses, ai eu fui convidada para trabalhar com dependência química, mas só alcoolismo na época. Chamava PAAF (Programa de Atenção ao Alcoolismo e outras Farmacodependências), que funcionava lá no CISAN e eu fui para o PAAF. Então, na prefeitura eu trabalhei só 06 meses na unidade básica de saúde e depois fui para o PAAF. Ai depois o PAAF virou CAPS e estou lá até hoje, 17 anos trabalhando com isso. Trabalhando com dependência química. E eu fui convidada para vir aqui para a UBS 01 para fazer hora extra, que aqui não tem psicóloga. Assim, se as oportunidades aparecessem, eu não gosto de perder... porque ai você estuda mais, você vai pesquisar, então ai você se obriga. Igual agora, hoje eu estou aqui, porque sexta-feira não vou poder vir. Eu vou para o CAPS Canção porque também estou indo lá, porque a nossa coordenadora nova do CAPS, ela estava atuando no CAPS Canção. Ela pediu se eu podia, porque eu sou de poucas horas, minhas colegas lá no CAPS são de 30 horas semanais, eu sou de 20 horas. Perguntou-me se eu podia fazer só 12 horas e 08 horas lá no CAPS Canção, ai na hora, assim, eu falei "ir para lá como hora extra?", ai ela falou não, você dividir. Ai eu pensei que era uma experiência nova e acabei indo por experiência mesmo, colaborativa, não custa nada. Tem que trabalhar, tem que trabalhar! Ai eu fui para "dar uma mão" até final de agosto, que daí vem outra psicóloga que está de licença, ela retorna, ai eu volto para o CAPS para ficar às 20 horas. Mas assim, acho que as mudanças que eu fiz dentro da rede pública foram essas. Unidade básica 6 meses, depois CISAN, vivenciar a dinâmica deles lá e aqui.

Pesquisadora: Você conhece bem a RAPS, então? [Conheço.]. **Por experiência própria, não só por saber que existe lá o CISAN, o CAPS Canção, mas você vivenciou experiências profissionais dentro deles.** [Verdade!]. **Como é que você vê a política de saúde mental aqui em Maringá? O que você tem achado desses equipamentos? Tem atendido a demanda? Como é que você tem visto até as mudanças que você pode acompanhar ao longo dos anos nesse sentido?**

Profissional F: A reforma psiquiátrica foi maravilhosa. Eu participei, na época eu estava lá no PAAF, nós começamos a saúde mental que existe hoje, aquela associação de saúde mental, eu fui a primeira tesoureira. A gente fazia reunião a noite, começou lá. Foi uma luta maravilhosa que hoje, ninguém entra no hospital se não passar pelos nossos médicos, faz uma boa avaliação. Inclusive os nossos pacientes lá do CAPS, eles primeiro vão para o hospital municipal e lá eles serão avaliados se realmente precisam ou não ir para o psiquiátrico. Que é um mal necessário, tem que existir um lugar pra... mas, se dá para evitar, se dá só para desintoxicar e voltar para casa junto com sua família, melhor coisa, tratar junto dos familiares. Então acho que foi uma mudança muito, vamos dizer assim, foi a nível nacional, foi maravilhoso. Agora, com relação a casa terapêutica também, que hoje existe e acho que Maringá tem três. Nossa, você vê as pessoas, igual lá no Canção, a mudança que tem, como eles funcionam, é diferente. Eles ficavam "socados" dentro de um lugar, sabe lá como estava sendo tratados. E ali não, tem a casinha deles, é restrito, é financeiramente também, pouco recurso, mas existe essa troca de olhar, de cantar junto, de trabalhar junto. Então você vê que existe um ... são pessoas que estão sendo vistas como pessoas, isso eu acho muito lindo. O ser humano pode vê isso. Quantos anos eles ficaram lá, presos. E tá convivendo com a família, que muitos têm família, voltaram pras famílias, acharam suas famílias, quer dizer, isso ai pra mim foi maravilhoso. Como profissional eu vejo, porque é a minha área, eu vejo um ser humano podendo ter contato com seus pais ou com seus familiares, isso é fantástico, não tem dinheiro que pague. Essa mudança foi bacana. Existe também o NASF, o PSF, essa busca que eles vão nas casas. Eu trabalho muito junto com o PSF. Elas me procuram para saber como abordar uma família, como acompanhar. Então, assim, existe uma troca legal. Às vezes, até assim, eu enrosco no cafezinho porque a gente acaba fazendo ali uma troca muito legal também. Que quando eu entrei, há 17 anos, não tinha. Era um trabalho isolado. Eu atendia lá na... bom, mas é que nem eu atendo aqui ainda, né, mas era sozinha eu e o médico. Eram as pessoas que procuravam, elas vinham lá na recepção e ficavam na listinha, vinham eu atendia e iam embora. Hoje não. Hoje o PSF faz um trabalho muito bom, muito bom. E trabalhei também com o NASF, mas foi o PSF que me pediu... bom eu nunca sei, a médica "x" é de qual equipe? **[A médica "x" é ESF.].** Ah, então não foi com o NASF. A médica "x" me pediu para dar palestra e o NASF estava junto. Eu trabalhei também com o tabagismo por um tempo. Mas, agora, o tabagismo tá com a doutora "x" e a enfermeira. A experiência que eu tenho é só essa. Não sei mais.

Pesquisadora: E aproveitando que você também trabalha no CAPSad, eu gostaria que você falasse um pouco de como está a atenção aos problemas de saúde relacionados ao abuso de álcool e droga daqui de Maringá.

Profissional F: Olha, bom como eu estou há 17 anos, eu vejo que... às vezes, eu ouço assim, as pessoas mais novas que começaram a trabalhar com isso agora, falando que é duro trabalhar com esses pacientes porque você não vê resultado. Eu disse assim: "Olha, por favor, você não me diga isso de novo. Você tá querendo dizer que eu tô fazendo o quê? Eu trabalho há 17, eu tô brincando de trabalhar há 17 anos?". Quantas pessoas saíram das drogas! Quantas famílias se beneficiaram! Se não, o que eu tô fazendo aqui? Brincando? Eu sei que o tráfico é 100 vezes maior, é 1000 vezes maior que o nosso trabalho. Por outro lado, tem muita tecnologia, tem muito... que nós estamos que nem formiguinha carregando o... mas nós estamos fazendo o nosso trabalho. É isso que eu

acho importante. Quantas famílias foram salvas, quantas pessoas, né? Isso é o que vale. Mas com relação a atingir as pessoas, olha, eu vou falar uma coisa pra você, desde que eu entrei, sempre eu ouço: "Ah! Nunca ouvi falar desse trabalho". Eu até acho que pessoas, até funcionários eu vejo assim que nem sabia que tem CAPSad. Como que pode, né? Quantos anos faz e a gente faz palestra, a gente faz o matriciamento. Então, sempre que o CAPS é chamdo para palestras, o pessoal vai dar a palestra. Eu já fui também dar palestras em escolas, em empresas, então, a gente tenta assim alcançar a população e divulgar o trabalho. O trabalho existe. Existe demanda, a procura pe grande e agora nós estamos com muito funcionário lá, desde o ano passado. Mas, sabe a impressão que me deu foi que assim, colocaram a carroça diante dos bois, né, porque contrataram um monte de profissionais achando que o CAPS, a nova sede ia ficar pronta, né? Mas, aí estamos com um monte de funcionários e pouco espaço. Mas, isso foi muito bom, porque isso fez o serviço ficar aberto até as 22:00 horas. E isso era um sonho meu, sabe? Sonho de funcionário? Era meu sonho, porque os meus pacientes falavam que não podiam vir por causa do trabalho. Aí, com isso, eu passei a atender à noite. E eu sempre fui de entrar às 7:00 da manhã, por causa dos meus pacientes, pra aqueles que tinham que trabalhar. Então, eles vinham antes do trabalho. Então, com o serviço aberto à noite, você dá oportunidade das pessoas fazerem o tratamento. A procura da noite é fantástica! Eu mesmo tenho 03 grupos a noite: às 19:00 horas na segunda, terça e quarta-feira. Estão lotados meus grupos. Lá tem grupos de família, grupos de filhos... depende do profissional. Por exemplo, eu mesmo não gosto de trabalhar com criança e com adolescente. Tem uma psicóloga lá que ama trabalhar com criança e adolescente. Então, ela montou um grupou de filhos. Então, nós temos: as três assistentes sociais fazem grupos de família. Então, todos os dias têm grupos de família, no período da manhã, da tarde, da noite. Tem opções para as pessoas poderem vir. Porque as pessoas também têm muito disso, né, de pensar que ela, como familiar não precisa vir, porque ela não é o problema. O problema é daquele que uso o álcool ou a droga. Eu montei um grupo nas quartas-feiras de psicoterapia voltada para as esposas. O meu grupo se chama "Grupo de esposas companheiras". Mas, esse grupo é diferente do grupo da assistente social que faz os grupos com as famílias, que são grupos abertos. O meu não deixa de ser aberto também, mas é específico para esse tipo de clientela. Aí a gente foca nas dificuldades das esposas. É um trabalho bem legal, bem lindo. Eu faço o que eu gosto.

Pesquisadora: Bem, ao longo do tempo você pode observar mudanças acontecendo no sentido de ampliar as equipes de trabalho. O que é para você trabalhar em equipe?

Profissional F: Ah, é tudo de bom. É uma troca muito boa. Você pode contar com a terapeuta ocupacional, com a assistente social, você consegue outras informações sobre como está aquela família que tem um outro membro que é tratado por outro profissional. Você trabalhar em família é fantástico. Quem, igual eu trabalho lá no CAPS, quando eu estou aqui na UBS, eu me sinto só. Tem o PSF, as é diferente o jeito de trabalhar terapeuticamente, né, então assim, é maravilhoso. É uma outra realidade. Então, você pega o paciente e não olha só para o lado dele, você vê a família, vê a dinâmica familiar, vê como ele se comporta em uma oficina, vê como ele é com o terapeuta ocupacional, entendeu? A assistente social faz visita. Tem os dados de família. Ajuda muito o profissional, ajuda até a médica a dar o diagnóstico e fazer o plano terapêutico que a gente faz. Nós fazemos o plano terapêutico conjunto. Toda semana tem reunião no CAPS para toda semana se discutir os casos. Mas tem um agravante, porque são muitos, casos, né. Então, a gente seleciona os casos que vamos discutir a cada semana. A reunião é toda esquematizada. Tem um horário de informes, horário de fazer plano terapêutico, horário de responder ofício, porque vem muito paciente crônico. Vem muita solicitação da promotoria e aí a gente tem que responder. Tem um momento de estudo também.

Pesquisadora: E aqui na atenção básica, como a demanda de saúde mental chega? Como você tem percebido a demanda da Atenção Básica?

Profissional F: Aqui tem muito caso de ansiedade, depressão, tentativa de suicídio também é alta a procura por esse motivo. Agora, a demanda infantil, aí é com a outra psicóloga que atende aqui, que fica só com criança. E chega via PSF e pelo médico ginecologista. São eles que encaminham. Aí tem uma lista de espera e tem uma procura também para vasectomia e laqueadura. Essa demanda eu não deixo crescer. Como eu sempre tenho um dia da semana para avaliação de necessidades, esses casos eu já coloco para avaliar logo, já resolvo e já despacho para a assistente social lá de uma outra UBS. Mas minha lista está bem. Está tranquilo. Acho que o pessoal de janeiro eu já chamei. Então, está de fevereiro para agora. Esse mês já começo a dar alta para algumas pessoas, né. E aqui eu trabalho com terapia breve. Só que tem alguns casos que eu não fico na breve. Eu continuo e faço encaminhamento também para o CISAM, principalmente para as pessoas com pensamento suicida. Eu faço pra ter um médico psiquiatra acompanhando, né. Até eu tô com uma paciente que eu tô preocupada, porque ela não foi na consulta com psiquiatra. Apesar de que ela tá bem, mas eu fiz o encaminhamento e ela se recusou a ir. Então, eu tenho tudo documentado aqui, porque ela se recusou a ir. Eu estou motivando-a a ir, mas ela se nega a tomar remédio. Mas, ela tá bem. Eu tô levando sorte que ela tá bem.

Pesquisadora: E aí, para encerrar, eu gostaria de te fazer mais duas perguntas: qual é a tua concepção de saúde? E qual é a sua concepção de família?

Profissional F: Risos. Difícil! Ai, bem, não sei se isso é ilustrativo, mas hoje, por exemplo, eu chamei a família para vir, já que eu estou com a demanda de atender o adolescente. Então, como tem coisas que depende da família, eu chamei a família para vir. Sem a família, eu não vou conseguir trabalhar. Mas, as vezes, eles entregam o adolescente aqui e "se vira", fica pra gente trabalhar sozinho. Aí, quando essa mãe veio hoje, deu para perceber o quanto essa adolescente está em sofrimento, por causa dessa mãe. A mãe não consegue ser afetiva. Ela não sabe, não vai. Então, foi ótimo a vinda dela, para eu ver o quanto eu tenho que trabalhar a família. Então, eu de vez enquanto a gente tem que chamar essa família, porque essa família tem que ser ajudada, não só a menina. Para mim, a família é fundamental para que todos estejam bem, a família tem que estar bem. Trabalhar isolado, não vai ajudar. Hoje eu chamei a mãe. Os pais são separados. Então, eu já vi que vou ter que chamar o pai outro dia, para os três possam falar a mesma linguagem. Ela tem um irmão, futuramente vou ter que chamar esse irmão. Então, de vagar a gente tem que ir trabalhando para que essa família possa se ver. Porque eles não se olham, eles não se veem, eles não se trincam. Eles só moram em um mesmo lugar. Não existe uma saúde mental ali, existem pessoas isoladas, cada um morando no seu mundo. Então, a mãe mesmo falou que ela tem de estar junto com os filhos. Então, daí não é só o problema da menina. É da família.

Pesquisadora: E saúde? O que é saúde para você?

Profissional F: Sei lá, cada um tem suas ideias, seus objetivos na vida, seus planos para o futuro. É "estar bem", entre aspas, cada um dá sua forma em várias áreas da vida. Temos a nossa família de origem, que a gente precisa ter uma relação e preocupação um com o outro, de roca afetiva. Estar bem com seus vizinhos, com seus colegas de trabalho, isso é ter saúde, né. Não só olhar o orgânico, mas também os aspectos de saúde mental. Eu acho que quando a gente está bem, mesmo que tem as suas dificuldades financeiras, uma doença aqui ou ali, mas assim, você estando bem, sem culpa, sem mesmo, você toca. E se existe o afeto, existe o carinho, existe alguém se preocupando com você, existe essa coisa de, né... eu acho que a gente vai ter uma boa saúde. A religião a gente não pode esquecer. Não a religião, mas a espiritualidade, né, eu tenho uma fé enorme, que sem Deus, eu não sou ninguém, né. Então, eu acho que em tudo dar graça, mesmo com as dificuldades. Então, essa fé, ninguém me tira. A minha saúde mental começa por aí. E plano pro futuro é sinal de que a pessoa tem esperança, é sinal de que ela vai chegar lá. E se eu não tenho objetivo, não tem porque viver. Aí se deprime, né. Então, eu trabalho muito com isso, para que os meus pacientes, eles se

motivem a ter planos para o futuro. Se ele chega aqui e não tem, eu, na troca tento motivá-lo. Eu trabalho muito com a entrevista motivacional. Como eu já trabalhei na APAE e trabalho hoje com dependência química, você tem que estra motivando a pessoa, para ela melhorar, mudar, a continuar. E isso não deixa de ser importante para o depressivo. Então, eu acho que saúde é isso. Você estando bem, mesmo que esteja passando por algum problema, quem não tem problema, né, então, é saber trabalhar as suas dificuldades de uma forma saudável.

Pesquisadora: Ok! Essas eram as perguntas que eu tinha para fazer. Você gostaria de comentar mais alguma coisa?

Profissional F: Não, acho que respondi tudo mesmo.

Pesquisadora: Muito obrigada por sua participação!

PROFISSIONAL G – UBS 02

Data: 26/06/2013

Pesquisadora: Quando o psicólogo da UBS o apresentou para mim, ele falou você tinha contribuído para começar a Estratégia Saúde da Família em Mandaguari. Então, desde aquele dia, eu fiquei pensando que seria muito importante te entrevistar, por conta dessa experiência, dessa trajetória. Eu gostaria, inclusive, que você começasse falando um pouquinho disso, dessa experiência na Estratégia Saúde da Família, na própria Saúde Pública e que você expressasse o que te fez escolher esse campo de atuação?

Profissional G: Bom, quando eu saí da faculdade... eu sou formado aqui na UEM... quando eu saí da universidade, eu queria fazer alguma coisa diferente, né e... eu ouvi falar assim, alguma coisa sobre Saúde da Família (SF), mas é... Até aquela época, não tinha aqui na regional, não tinha medicina de família. Não tinha aqui, né, mas eu tinha ouvido falar alguma coisa assim e eu queria fazer uma experiência nova. Aí, na época que eu me formei, né, eu recebi um convite, eu e um outro colega meu, pra gente trabalhar em Mandaguari com SF. Mas lá, não tinha nada estruturado de SF, né? Então, o que aconteceu? Eu queria fazer, eu falava eu quero fazer alguma coisa diferente. Aí, o que nós fizemos? Fomos para Mandaguari e montamos duas equipes, mas a gente falou: "O que é Saúde da Família?". O que aconteceu? Começamos a fazer um trabalho segundo o que a gente imaginava que fosse o SF: lendo alguma coisa sobre, literatura do Ministério da Saúde... Mas a gente queria entender mesmo um pouco mais. Aí nós fomos para Curitiba, ver como funcionava, fomos para São Paulo pra ver como eles atuavam lá e aí, a gente começou a meio que a trabalhar também. O que eles colocavam pra gente é que não existe uma receita pronta de SF, né; que cada realidade tem sua peculiaridade. Eles trabalham muito assim com mapas inteligentes, pesquisa epidemiológica, tal e a gente tentou fazer isso lá em Mandaguari. Então, a gente começou a fazer um trabalho de conhecimento da área, reconhecer... então, muito disso. Assim eu aprendi muito com esses lugares e aplicando lá, lá foi uma... um piloto mesmo, né? Então, a gente começou a trabalhar, a fazer pesquisas, a montar os grupos programáticos, conhecendo a população, buscando saber o que era a área de abrangência, territorialização... Então, a gente... isso me foi, cada vez mais, me atraindo, porque não era só um trabalho dentro do consultório, ambulatorial, mas quer dizer, eu comecei fazendo um trabalho assim, de reconhecimento, onde que eu estava, fazendo reconhecimento das famílias, qual o ambiente que essas pessoas viviam. Isso para mim era uma coisa muito, muito interessante, né? De você não conhecer só o paciente que está aqui, mas conhecer a realidade dele, né... onde ele vive, onde ele mora, entender, assim, de repente, como a gente pegou um caso de uma criança... que teve internações recorrentes, de pneumonia, inclusive aqui no Hospital Universitário (HU). Aí, a gente foi entender, porque que essa criança tinha tantos internamentos, né... a gente começou a ver o ambiente dessa criança que era um ambiente

totalmente insalubre não sei se é o termo, mas inadequado. Então, a gente começou a entender, começou a atuar não só a nível de consultório que é importante também, mas no ambiente que ele vive, né? Quer dizer, na questão social, na questão familiar, com o que essa criança precisava. A gente começou a trabalhar e aí, entrou outra questão também: da equipe multiprofissional. A gente começou a trabalhar com a Assistente Social, né... e com outros profissionais lá, que a gente dispunha, que naquela época não tinha assim, nada... é.... não tinha variedade. O que a gente percebeu assim também foram outros colegas da própria cidade, comentando... achando interessante o trabalho, né, e até teve uma Conferência em Mandaguari, na qual foi comentado assim daquelas regiões com as quis estávamos trabalhando, que havia diminuído o número de internamentos. Quer dizer, os agravos da saúde! A gente também percebeu, a gente começou fazer trabalhos, assim.. preventivos com eles, grupo de gestantes, utilizando, às vezes, até mesmo os trabalhos da comunidade, a igreja que tinha um trabalho e nós éramos convidados para dar palestra e tal. Então, nós tínhamos uma integração muito boa com os outros serviços. Eu falava assim que a gente tinha uma integração com os nossos parceiros. É nisso que eu insisto aqui também! Então, era uma coisa interessante que a gente tinha, uma certa autonomia, entendeu? A gente tinha uma autonomia para trabalhar, acho que pelo fato deles também não saberem como é que funcionava, né, acho que foi a primeira equipe, as duas primeiras equipes. Isso foi no ano de 1997. E estava começando em todo país... foi em 1997, né, então nós tínhamos autonomia. A gente falava: "A gente precisa ir conhecer!". Aí, a gente ia pra tal lugar, conhecer a realidade e fomos montando conforme nossa realidade, né... Então, fomos montando.

Pesquisadora: Então, você ficou atuando nesse campo da ESF, trabalhando somente na Saúde Pública?

Profissional G**:** Sempre. Sim, desde a época que eu saí da academia, da faculdade.

Pesquisadora: E a sua concepção de saúde, doença passa por aí? Passa por essa experiência que você foi acumulando ao longo de sua experiência profissional.

Profissional G**:** É, com o olhar para todo entorno né? Aquela conceito, assim, mais geral: do ambiente onde ele tá inserido né? Interferência do ambiente que ele está... Então, você começa a entender algumas coisas. Quer dizer, a concepção fica muito mais, mais ampla, né, porque aqui no consultório claro, é uma coisa importante você estar aqui, né. É uma coisa necessária também esse atendimento ambulatorial. Mas aí, você começa a ver que você tem outras variáveis, que estão influenciando e que, as vezes, você não está conseguindo ver. Às vezes, você está num ambiente... era um caso lá, mas aqui a gente também tem caso... Por exemplo, nós tínhamos uma fábrica lá em Mandaguari, de sapato de borracha, e o que acontecia? As pessoas, no entorno daquela fábrica, tinham problema de bronquite, de asma... Então o que aconteceu? A gente começou a fazer, um estudo, do nosso jeito mesmo, né, e percebemos que as pessoas falavam que tinha muita fuligem. Fomos conversar, bem humildes, tranquilos, com o pessoal da fábrica, né. Daí, acho que eles até colocaram filtros, coisas assim, então quer dizer, foi uma atuação! Quer dizer, era uma coisa que atingia indiretamente eles, era uma coisa indireta, mas que, atingia interferia no dia-a-dia do consultório mesmo. Aqui, por exemplo, você tem assim, umas áreas de córrego, né? Por exemplo, tem bicho, tem a questão da dengue, então a gente... no cuidado com as famílias que moravam ali próximo, região de vale, a gente começou a visitar essas famílias. Aí entrou a Assistente Social e eles arrumaram um lugar para essas famílias que moram mesmo na beira do córrego e outras situações: escola, então a gente começou a entender, né? E com o trabalho do PSF, acho que a gente abre essa visão para entender a questão social da doença, da saúde.

Pesquisadora: E como você tá dizendo, amplia também a visão de clínica, a visão do cuidado. Vai se formatando uma visão do atendimento integral, da atenção integral?

Profissional G: Isto, é... Porque não fica só, por exemplo, na questão da medicação e dos exames, mas que vai além, né? Quer dizer, olha como é que está a situação dessas pessoas, a situação alimentar, o risco, a medica alimentar, como é que está a imunidade dessas pessoas, o ambiente, né... o que esse ambiente está fazendo, né, para piorar. Qual o agravo? Quais são os grupos de risco?; Quais são as áreas de risco? Então a gente aprendeu isso também, né, nesse trabalho, quais são os agravos que você tem no ambiente ou socioeconômico que podem estar interferindo, de repente, dá pra gente tentar atuar, melhorar.

Pesquisadora: E ai né, você disse que teve essa possibilidade de trabalhar em equipe. Como que é pra você trabalhar em equipe? O que é trabalhar em equipe?

Profissional G: Eu acho muito interessante, porque você tem pessoas com ideias diferentes e o trabalho em equipe é uma coisa assim... eu vejo assim, a importância do meu olhar. Porque você não consegue alcançar todos, todas as pessoas. Por exemplo, às vezes, em diversos momentos, eu falo, por exemplo, para os ACS, falo brincando, que eles são os nossos olhos lá. Então, quer dizer, tem muita coisa que o ACS tá no campo ali, no dia-a-dia, está vendo, e que às vezes eu não estou vendo. Eu vou fazer visita tanto quanto ele. Vou uma vez, duas vezes por semana, mas o ACS tá bem próximo. Ele está vendo, às vezes, muitas situações que a gente não vê e ai o que ele faz, ele traz pra gente em equipe, a gente tem reunião, discute. O ACS vem e fala: "Oh doutor...", passa para mim, para a enfermeira a situação que eles encontram no dia-a-dia e que a gente pode tentar trabalhar. Então acho que a equipe é muito importante. São várias pessoas com diversas atribuições, que a gente vai somando os conhecimentos, somando tudo isso e... pode dar uma assistência ampla, integral para o paciente.

Pesquisadora: E Saúde Mental, como você tem visto a Saúde Mental da população e até mesmo a Política de Saúde Mental?

Profissional G: Olha, o que eu tenho ... eu acho muito boa essa questão do PSF, porque você acaba conversando com as pessoas, você cria um vínculo. Pelo o que eu vejo, pela história que a gente vê, você tem vínculo muito maior com o paciente e o paciente começa ter assim uma liberdade de contar coisas que talvez ele não contaria. Por exemplo, às vezes, vem com uma queixa inespecífica, às vezes num primeiro momento, uma gastrite, uma dor de cabeça e tal... mas, muitas vezes, até na primeira consulta. Numa segunda consulta, ele começa a falar coisas da vida dele: "Olha doutor, eu estou com problema lá em casa... e começa... como é que tá em casa, então a gente cria esse vínculo. Aí ele fala: "minha casa está assim... Eu estou com problema familiar...". O que eu tenho observado é que existem muitas pessoas com depressão, com ansiedade, com problema familiar e que vem buscar socorro, sabe? Então assim, muitas pessoas vêm hoje, até a pessoa fala brincando: "Ah, doutor, gostaria de conversar". Eu percebo que elas vêm aqui para conversar, muitas vezes. Então as pessoas, eu percebo assim, que elas estão assim, muito necessitadas, assim, de alguém que as ouça, de alguém que converse com eles. Elas querem contar seus problemas, não só orgânicos, mas problemas familiares, afetivos, né? às vezes vem, começa a contar, começa a chorar, a pedir conselho: "o que eu faço?". Muitos vêm me colocando assim: "O que eu faço doutor?". E aí, a gente tenta trabalhar, né? Tenta colocar a nossa experiência, quando necessário encaminho para uma avaliação com um especialista, com o psiquiatra, tem o trabalho do psicólogo também que a gente coloca à disposição, né? Encaminha quando tem essa indicação, então a gente tenta fazer... eu acho assim, que está tendo bastante procura. Eu tenho percebido que está aumentando essa questão da Saúde Mental, né? Eu estou vendo que está assim... que a demanda está... eles vêm com uma entrada assim, com, muitas vezes, com uma doença orgânica ou uma queixa e aí, no desenrolar da consulta, das consultas, você começa a perceber que tem... pode, às vezes... tem até uma doença, mas você percebe também que muitos casos têm uma somatização daqueles sintomas de Saúde Mental, tem muita somatização assim.

Pesquisadora: Você considera que estamos conseguindo dar conta de atender essa demanda? Como é que você tem visto as Políticas, as propostas de atenção à Saúde Mental em Maringá?
Profissional G: Eu acho que melhorou... eu acho que melhorou... Do que alguns anos atrás, eu acho que tem melhorado bastante. Mas eu acho, assim, que a demanda está bem maior que a oferta. Então eu acho assim que, a gente tem meio que fazer essa... claro, quando são situações específicas que precisa de uma avaliação do especialista, acho que tem que ser encaminhado, avaliado e encaminhado... Mas eu acho que a gente acaba fazendo bastante coisa aqui no postinho, de consultório. Tem uma questão interessante que existe uma proposta de se trabalhar em grupo, né? Eu acho que talvez seria uma coisa interessante, né? Porque você tem muitas pessoas assim com problemas... não sei se o termo é parecido, mas... que talvez, com um trabalho em grupo, apesar que a gente saber que as pessoas não gostam de se expor, é o que a gente vê aqui: "Oh, doutor, eu não quero que você fale pra ninguém, pra minha família". Às vezes, a gente atende casais e, às vezes, um deles falava: "Doutor, eu não queria que você comentasse com meu marido ou minha esposa...". Então, tem isso também. Mas acho que talvez poderia se trabalhar em grupo também e eu acho que é questão de se estar trabalhando com os profissionais que estão na ponta. Essa questão da humanização, que é muito... eu me questiono um pouco, sabe Renata, a respeito dessa questão da humanização. Fazer curso para humanização para ouvir, né? Não sei até que ponto, fazer um curso para ser humano... para desenvolver uma habilidade que já deveria estar ali, que você vê, não, talvez, inerente já, não sei se porque a gente gosta de fazer isso, de sentar ... as vezes eu tô consultando e paro aqui, e começo a conversar, então, pra mim é uma coisa muito natural... gosto de ouvi-los... é interessante quando você, quando eles percebem que você se interessa. Aí eles percebem que você está preocupado com eles, que você demonstra preocupação, que você olha e diz: "No que eu posso te ajudar?", sabe? "O que está acontecendo de verdade?". "Está acontecendo isso, isso...". Quer dizer, você estabelece vínculo e ele percebe que pelo menos você está ouvindo. Às vezes, você não tem uma resposta ali na hora que ele gostaria, mas o fato dele perceber que você está, pelo menos, querendo ajudá-lo, ele já fala: "Puxa vida eu quero contar, eu vou contar isso...". Se eles procuram, eles querem mudar, a gente fala assim, o paciente tal... não... Muitos vem assim, eles querem mudar a realidade deles, a realidade de vida deles, muitos têm histórias de sofrimento familiar, de depressão, e eles sofrem, né? Eu percebo que eles acabam vindo aqui, não digo só comigo, talvez com os outros profissionais, eles querem, no fundo pedir socorro, ajuda, um apoio e, às vezes, na forma de pedir, não conseguem falar: "Eu vim, porque eu preciso disso". Mas, às vezes, ele vem e no inconsciente, "eu estou com uma dor aqui" ... Conforme você vai conversando, estabelecendo esse vínculo, ele vai tendo essa percepção que você quer, realmente ajudá-lo. Vai colocando isso, né?
Pesquisadora: Maringá construiu alguns equipamentos para atendimento da população que tem algum sofrimento psíquico, os quais fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial. Quais são os dispositivos dessa rede de atenção psicossocial de Maringá que você conhece e que você costuma encaminhar?
Profissional G: É... Eu costumo encaminhar para o CAPS II. Recebo mais casos assim de adultos, mas já tive caso infantil, de adolescentes. Já atendemos vários adolescentes. Mas o que a gente tem uma demanda maior é dos adultos.
Pesquisadora: Têm pacientes na área de vocês que acabam fazendo uso da Emergência Psiquiátrica com certa frequência? Ou do Hospital Psiquiátrico?
Profissional G: Tem, já tiveram sim alguns, alguns pacientes já... A gente já está na área há algum tempo, nessa área aqui. Então a gente tem alguns pacientes que usam e a gente, quer dizer, já usaram mais, e agora estão no CAPS, estão fazendo trabalho, participam... Tem um paciente nosso que tem esquizofrenia e tal, e agora ele faz um trabalho em grupo. Então ele vem aqui, tá mais

tranquilo, ele usava mais, a gente percebe assim que, alguns pacientes usavam mais e aí começaram a participar de grupos, fazer o tratamento com o psiquiatra lá né, e aí, estão mais tranquilos... A gente passou uma fase, principalmente quando a gente começou, que tinha vários casos que os familiares não sabiam nem como lidar. Então eles falavam assim: "A gente não sabe mais o que fazer!". E aí, a gente foi conversando, e essa questão do... não sei se o termo é tabu, mas as pessoas tinham assim muitas questões de tabu, tanto os familiares quanto o próprio paciente. "Nossa, mas eu não estou doido!". Aquele preconceito e tal. Eu coloco, assim, é uma realidade que pode acontecer. Eu falo para o paciente que pode acontecer comigo e com qualquer outro de nós, há qualquer momento, pode ter um problema na vida e pode ter um problema de doença mental. Claro, que eu coloco assim, na linguagem para ele entender. Mas eu falo que isso pode acontecer com qualquer um. É uma doença como qualquer outra. O psiquiatra, quando tem indicação, eu coloco para ele assim: "O psiquiatra hoje é um médico que tá aí, principalmente hoje para estar ajudando a gente. Você é um paciente com um problema de saúde e que tem que se tratar". Então... quando você começa colocar nesses termos... Olha, eu coloco assim: "Eu tenho pacientes aqui que tem um problema muito parecido com você e que faz tratamento, que hoje estão melhor". É uma coisa assim, que é importante e aí eles ficam. A gente percebe que com o tempo, né, eles vão melhorando, né? A questão da doença mental, a questão mental... Hoje eu atendi um que falou assim: "Não. Eu melhorei com a medicação, mas o senhor não vai cortar aquele remédio, vai? Pelo amor de Deus, não tira aquele remédio!". Aí eu respondo que vamos continuar com essa medicação, mas que vou encaminhar para o psicólogo e que vamos acompanhar juntos. Quando tiver necessidade, a gente vai ajustar a dose. Fui conversando com ele... Hoje eu percebo que eles estão vindo mais abertos, procurando mais, mas no começo assim, Renata, você falava de psiquiatra, alguns pacientes... Mas ainda hoje a gente percebe que tem muitas pessoas preconceituosas. Por isso que as vezes falam não quero que o senhor. Fale para ninguém da minha família e tal. Porque meu esposo fala que é era frescura minha, que não sei o que... Não, expliquei para ela o que era o problema, que não era frescura. É um problema que ninguém quer ter e fui conversando sobre a doença e ai ela foi... ainda existe um pouco de preconceito, então. Às vezes, as pessoas têm medo, mas acho que esse preconceito, com o tempo está sendo superado.

Pesquisadora: No que diz respeito ao NASF, como é que o você tem visto a entrada, a implementação do NASF? Em que sentido o NASF veio contribuir?

Profissional G: Bem, eu acho que a gente, eu falo assim com eles lá, que a gente já fazia os trabalhos, né? Quer dizer, a gente sempre já tentou fazer os trabalhos, mas com o NASF eu acho que foi assim, uma forma de estar organizando melhor os trabalhos. Um jeito de eles estarem pensando junto com as equipes, o que pode ser feito, o que que pode melhorar. Eu vejo como um apoio mesmo, para as equipes, para a gente estar discutindo os problemas. Então assim, eu tenho essa consciência que a gente sempre tem que fazer a nossa parte, né, mas acho que eles têm contribuído.

Pesquisadora: Em algum sentido você consegue perceber o NASF, às vezes, não colaborando? Tem coisas que eles fazem que, na sua perspectiva deveriam mudar, deveriam melhorar?

Profissional G: Eu não sei, eu acho que eles tentam fazer. Pelo menos no que eu tenho contato aqui com o NASF da UBS 02, eles são muito prestativos. Quando a gente precisa de uma conversa, eles marcam uma reunião, eles têm participado, por exemplo, das nossas reuniões de equipe, eles têm ajudado a gente. Eu não sei se de repente, talvez seja uma coisa que não dependa deles, mas eu acho que, de repente, eles deveriam estar mais próximos, no sentido de ter mais momentos como a ESF. Apesar de que eles têm ajudado muito. Eu acho que também, por conta de estarem em vários postos, dando apoio em vários postos, então, a gente gostaria de tê-los mais próximos. Não que a gente não tenha eles próximos, mas mais próximos no sentido de tá trabalhando assim com mais

frequência. Estão bem próximos, eles são muito abertos assim, o que a gente quer, pede assim... são bem prestativos, pelo menos o pessoal que tem, que está trabalhando aqui né, mas eles... essa frequência é que podia melhorar.

Pesquisadora: A portaria precisaria, então, ser mais uma vez revista? Porque eles acompanham 9 ESF e esse é o máximo de equipes que eles podem acompanhar. Mas antes, na primeira portaria, eles poderiam acompanhar até 20 equipes. Então, eles acabavam ficando até mais distantes, menos frequentes.

Profissional G: É... pra poder solicitar mais. A gente começa a ver os resultados, acho que você quer mais. O trabalho deles está bom, está muito bom e por conta disso, acho que você começa a querer usar mais essa possibilidade... Mas assim, sempre que a gente pediu, eles disseram: "Hoje não posso, mas vamos combinar tal dia e eles vem, participam, ajudam a gente...".

Pesquisadora: E a última pergunta. Eu gostaria que você falasse é qual a sua concepção de família? Acompanhando tantas famílias, qual que é a sua concepção e como você tem visto a família usuária do SUS?

Profissional G: Acho que família pra mim é um... grupo de pessoas que estão ali... com um vínculo afetivo muito grande. Partindo da questão familiar do pai, da mãe, dos filhos, quer dizer, um grupo de pessoas com um vínculo muito forte e que estão ali vivendo um para o outro, tentando um ajudar o outro, dar carinho, dar conforto, dar aquilo que necessita, procurando cada vez mais melhorar. Então, assim, são pessoas que estão próximas e essa questão da família acaba se estendendo, não só entre pai, mãe e filho. Acaba se estendendo para os familiares, que tentam vive seus conceitos, aquilo que é certo, que tem seus conceitos, sua formação religiosa, seu trabalho, seu conceito moral. Eu acho assim que, nós somos realmente parte dessa família, eu me sinto assim... Hoje a gente percebe assim que... eu falo para as meninas: "Hoje vocês fazem parte dessa família deles, porque você entrou na casa deles, você viu como eles estão, você faz parte da história deles, então você faz parte da família". Então, acho muito interessante assim, as pessoas vêm aqui: "Ah, doutor, que saudade que eu estava do senhor!". Às vezes acontece coisa assim que você fala... puxa... não acontece essas coisas lá fora. Às vezes vem paciente assim: "Só vim falar oi para o senhor, dar uma abraço e tal". "Não esqueci do senhor. Estou rezando pelo senhor". Você está para eles numa condição de um integrante da família deles, então você faz parte... Eu falo para as meninas, para as ACS: "Vocês fazem parte da família deles, você está na história... você faz parte, tá na história da família deles". Sempre falo para elas, às vezes, a gente não consegue dar as respostas que eles querem, ou que a gente gostaria de dar... diante de um problema assim... de uma patologia que eu não consigo resolver ou um problema social ou um problema financeiro, mas o fato... só pelo fato de você demonstrar esse interesse assim... as vezes a gente não verbaliza isso, mas no atendimento você está passando essa mensagem: "Eu quero te ajudar!". O fato de você mostrar isso para eles, nossa, eles se sentem valorizados. Às vezes, pra nós, é uma coisa tão pequena, para eles é uma coisa grande... e hoje assim, eu percebo nos atendimentos... conversando com um colega, as pessoas não estão ouvindo mais uns aos outros, você vai em serviço que eles não colocam nem a mão, não estão nem auscultando... além de você estar auscultando, tem proximidade, tem o toque. Então, as pessoas não estão ouvindo mais, não estão examinando mais... As pessoas têm tido essa percepção... parece que eu faço tão pouco, mas... a percepção deles parece que é muito assim... Às vezes, você ficou um pouquinho só conversando com eles: "Como é que você está? Como está a família? Tudo bem e tal?"... Eu tenho o hábito assim de dizer assim: "Vai com Deus!". Comprimento toda vez que eles entram... é uma coisa já habitual, estendo a mão e falo bom dia... Coisa pequenas, mas que para eles... fazem a diferença... Aí, eu tento me colocar muito assim, nem sei se tento, mas a gente acaba se colocando no lugar deles ou do familiar, apesar que isso é uma coisa que eu tento fazer de maneira natural, porque eu gosto disso. Acho que é isso!

Pesquisadora: Bem, eu agradeço muito a sua colaboração com a pesquisa. Tem mais alguma coisa que você gostaria de dizer ou perguntar?
Profissional G: Não, não, Renata. Espero ter contribuído para sua pesquisa!
Pesquisadora: Ah, sim! Com certeza contribuiu! Eu sou muito grata!

PROFISSIONAL H – UBS 01
Data: 28/06/2013
Pesquisadora: Para começar, eu gosto de começar pela experiência profissional, a quanto tempo você está nessa UBS? A quanto tempo em saúde pública? Que a sua formação eu já sei, você é psicóloga.
Profissional H: Sim, psicóloga, formada na UEM, sai em 1991 de lá. Desde que eu saí, já uns 03 anos depois, eu já entrei na prefeitura, então eu tenho 16 anos, acho que uns 17 anos de prefeitura e já entrei trabalhando direto na atenção básica, depois de um tempo, na primeira gestão do "Silvio" eu fiquei na coordenação da saúde mental do município. Lá eu trabalhei com organização de projetos, de ações, teoricamente de todos os serviços, mas a gente não dava conta em 04 horas de trabalho, então dividia muito com as gerentes e diretoras dos serviços de saúde mental, mas na minha época a gente participou... o começo das residências terapêuticas, já tinha a emergência psiquiátrica, mas era uma coisa nova, participamos e construímos todo o projeto do CAPSI, demorou "um monte" para sair. Mas, enfim, foi uma oportunidade grande de aprendizado, depois voltei para cá. Então assim, eu entrei... fiquei uns 02 anos lá no Vila Esperança, ai já vim aqui para o Zona Sul, depois me afastei durante 04 anos na coordenação e voltei para o Zona Sul. Então a maior parte do meu tempo eu tô aqui, uns 13 a 14 anos que eu trabalho aqui no Zona Sul mesmo, com essa mesma população.
Pesquisadora: E como você tem visto essa demanda de saúde mental? São 17 anos de atuação, então, o que mudou? O que você tem visto de mudanças na política de saúde mental?
Profissional H: Mudou, quando eu trabalhava lá no comecinho, a gente sempre fez um relatório no final do ano sobre a morbidade de saúde mental e era uma coisa que dava uma condição da gente avaliar o nosso trabalho que foi desenvolvido durante o ano e projetar, planejar o trabalho do ano seguinte. Então o que era a nossa demanda, crianças de 05 até 09 anos, a maioria de 07 a 08 anos com queixas de aprendizado, dificuldade de aprendizado. Era o que a gente mais tinha. Aí as coisas foram mudando, os outros serviços abrindo, a gente trabalhando junto com a equipe da unidade básica que depois veio a equipe de PSF e com a chegada da equipe de PSF e talvez com a mudança na política de atenção e tudo, essa demanda mudou. Então hoje, eu tenho que ... acho que eu tenho umas 04 crianças que eu estou atendendo, só, e não é queixa de transtorno de aprendizagem, nenhum, então hoje qual que é nossa demanda maior são pessoas adultas, na faixa dos 40 anos, ainda em fase produtiva, com queixa de transtorno social, de relacionamento afetivo, muita depressão em acompanhamento psiquiátrico, mas que vem pra cá, síndrome do pânico bastante. Eu acho que esses casos hoje, talvez as escolas já tenham, já dão encaminhamento melhor, já tem uma condição de identificar e encaminhar melhor, a chegada do CAPSI ajudou também e eu acho que o crescimento dessa outra demanda em função talvez da ação do PSF, não sei, que identifica e traz pra gente. Foi um susto grande, porque tudo isso ficava "enfiado" dentro de casa e agora o PSF vai, busca e traz pra gente.
Pesquisadora: E tem fila de espera?
Profissional H: Tem! Na verdade é assim, não é uma fila de espera, eu não organizo mais em termos de fila de espera aqui não. Lá na UBS 01 a gente até tem, porque como o tempo lá é pouco, a gente que otimizar as coisas... aqui não, aqui elas passam pelo encaminhamento ... vem com

encaminhamento ou do médico ou das enfermeiras do PSF. Hoje mesmo eu estava discutindo um caso com a psicóloga do NASF e ai a gente senta e agenda, eu faço uma triagem, uma consulta, essa consulta gera mais 02 ou 03 consultas no mês, sem que isso acabe num processo de psicoterapia. Então tem muita gente aqui que já passou por essas consultas e que não vai precisar voltar, estão aqui guardadas as fichas. **[É um acolhimento?]**. Isso! Uma tentativa de classificação de risco, porque daí assim, você identifica quem tem uma urgência maior e eu não vou "botar" lá no fim da fila. Hoje em uma triagem que eu fiz, um paciente que na verdade é do Mandacaru, mas acabou parando aqui, porque a psicóloga dela estará 30 dias de férias e o caso dele não é um caso que dá para esperar, então eu vou atender, fazer a avaliação, provavelmente encaminhar para o CAPSi, mesmo sendo de uma outra área, então já é uma pessoa que não vai ficar na fila. Por outro lado, uma outra que veio, esteve aqui no começo desse ano, ela estava aguardando, hoje ela voltou e a gente conversou mais umas vezes e eu marquei para ela um retorno. Não chega a se configurar uma psicoterapia breve que vai vir durante 20 sessões, mas são consultas que a gente tem com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, de dar um suporte que seja [fazer uma escuta qualificada] isso! Daí isso acaba resultando num encaminhamento para os grupos que a gente tem, que o PSF oferece, uma outra senhora eu encaminhei para Associação Maringaense de Saúde Mental. É a tentativa do trabalho em rede e articulando os outros serviços.

Pesquisadora: E ai você já citou vários serviços que Maringá já dispõem, tem a Associação, CAPSI, Residências Terapêuticas, Emergência Psiquiátrica, o que mais você identifica que já foi implantado de saúde mental?

Profissional H: Tem o CAPSad, CAPS II, Ambulatório de Saúde Mental, os leitos que a gente tem, que eu acho que foi uma conquista grande a redução do número de leitos, infelizmente não conseguimos reduzir mais, a proposta que a gente fosse reduzindo em módulos e isso não aconteceu mais. Eu acho que ainda trabalhando bem a gente tem uma comissão, não sei se você sabe, uma comissão que se chama "Comissão de Desinstitucionalização". Eu fazia parte da comissão até o ano passado. Esse ano eu pedi para sair porque eu já estava assim, eu achava que já não estava contribuindo mais e que precisava de "sangue novo". Então trabalhamos junto com o hospital, junto com a SASC, tem os trabalhos, não só da secretaria de saúde mas, da secretaria de educação, mulher, SASC que trabalha. Por exemplo, eu não participo do núcleo de violência, mas tem as reuniões do núcleo, trazem caso ai o PSF que participa traz o caso pra cá, pra gente discutir e assim, ainda é uma construção de trabalho em rede, mas eu já vejo muito mais ganho do que a 02 anos atrás quando a gente começou a discutir. Mas ainda é difícil, esbarra nessa coisa que é o problema da UBS 01, é o horário, que você tem disponivel para a unidade, os horários que são marcadas as reuniões são complicados, então por exemplo, o nosso grupo de medicamento da saúde mental, eles funcionam a tarde, quando eu não tô aqui na unidade, mas você podia pensar assim "mas porque você não troca seu horário na unidade? Em vez de vir de manhã, vem a tarde", porque nesse horário a tarde eu estou trabalhando em outra coisa. Porque a gente "vira polvo", trabalha num monte de lugares para dar conta.

Pesquisadora: E o Núcleo de Apoio À Saúde da Família? Em que medida ele veio contribuir com essa rede, ou de repente até não tem contribuído, com a rede?

Profissional H: Olha, até a chegada do NASF a gente tentava nas unidades, vou falar mais por mim, eu tentava participar das reuniões de equipe com eles, do planejamento de atenção das famílias, dos projetos terapeuticos, que a gente fazia e tentava fazer com as equipes, mas não conseguia, assim, participar de tudo. A reunião da equipe que acontecia uma ves por semana, eu conseguia vir uma vez por mês, porque daí eu desmarcava uns pacientes e ficava lá um pouco para discutir determinados casos, então elas traziam "oh, tem o caso do fulano, da família tal, tá assim, tá assado", então a gente discutia, tentava o encaminhamento dessa mãe para o grupo, tentava

encaixar ele no grupo de ginástica de manhã, para tirar de casa logo cedo, para não ficar só se impregnando com a medicação. Então era isso que a gente fazia. Com a chegada do NASF, eu deleguei. Eu vi uma oportunidade de delegar e ficar só com a minha parte de clínica. Na época era a uma psicóloga que tem a característica de "ir abraçando as coisas" ai, "juntou a fome com a vontade de comer" e a psicóloga acabou levando ... ela apoiava na organização dos grupos, então eu me afastei um pouco. Então eu sei que o que ela conseguia fazer, tinha grupo de gestante, diabético, hipertenso, medicamento controlado, ela ia até o grupo discuitr com as meninas, organizava os temas e fornecia esse apoio. Fazia visita domiciliar junto com as agentes em casos mais pontuais e qunado tinha necessidade de dar continuidade, precisava de um olhar mais próximo, ela trazia pra cá. Então hoje, por exemplo a psicóloga do NASF fez isso, ela foi fazer uma visita domiciliar, por causa de uma demanda que o PSF trouxe, é um caso que era da nossa área e agora mudou para outra unidade, eu acho, mas que ela vai dar continuidade. Então a gente discutiu o caso no tempo que eu atendia, as informações que eu tinha, cruzou com as informações que o PSF passou e ai assim, a gente já pensou em uma estratégia, a primeira vai ser entrar em contato com o psiquiatra, depois com a família, tentar inserir umas ações, assim. Vamos tentando trabalhar juntas, mas foi bom, porque a responsabilidade de determinadas ações que eu achava que eu não tinha ... tempo, condição de fazer, o NASF vem pra fazer. Assim, eu tive muita felicidade de trabalhar com aquela psicóloga e a esta que está aqui agora é nova, mas eu já estou gostando do jeito que ela trabalha. Lá na UBS 01 é a psicóloga do NASF, eu nunca a encontro lá. O dia que eu vou, elas não estão. Eventualmente eu vejo a nutricionista, que é uma pessoa que trabalha com a gente lá nos grupos de tabagismos, de controle de tabagismo. Aqui também, o pessoal do NASF ajuda muito e ai a gente consegue, como aqui eu tenho mais contato, o NASF ajuda bastante porque tem o educador físico, farmacêutica, psicóloga, fonoaudióloga e a nutricionista. Então, fora a fono, todos os outros tem muito a vê com a questão do tabagismo, do controle e eu falo mais disso porque é o grupo que eu participo, eu peso para funcionar de manhã, tem um grupo que atende de manhã e um a tarde, nós já fizemos até grupo a noite. Esse eu fiz questão de participar de tudo porque é uma paixão que eu tenho. Nesse aspecto a gente trabalha muito junto, cada encontro é de resposabilidade de um profissional "tocar" o grupo, mas de todo mundo participar, então é bem bacana.

Pesquisadora: O que eu tinha me lembrado é que eu tive oportunidade de presenciar lá na UBS 02 o matriciamento do CAPSi, pra articular essa rede também tem acontecido. Aqui também acontece ou já aconteceu uma experiência assim?

Profissional H: A gente tinha, não do CAPSi ... a gente tinha daquele projeto do "Especificidades Regionais", soube desse? [soube] A gente tinha aqui, como aqui é "QG" de regional, então as reuniões aconteceram aqui várias vezes. Ajudava bastante, quem vinha aqui era o psiquiatra, mas esse ano não teve mais. Não sei se não foi renovação de contrato, não sei o que foi. O CAPSad, eu acho qye teve também, já no passado e o CAPS II tava com um projeto a um ano e meio atrás e ele veio para discutir os casos, mas também são serviços que estão disponíveis para gente ir até lá. Eu acho que ultimamente, nesse ano, não aconteceu nenhum.

Pesquisadora: Por conta dessa dificuldade de marcar? [Não sei.]. **De ir e vir?** [É]. **E também alguns psicólogos me falaram sobre a reunião de vocês, psicologos da Atenção Básica.**

Profissional H: Isso. Era uma reunião mensal, depois ela passou a ser bimestral. Fora a reunião técnica dos profissionais, a gente tinha uma vez por mês uma reunião para estudo de casos. Esse estudo de casos tava dividido, mais ou menos, por regional de saúde. Então aqui a gente tinha a regional sul, mas também tinha psicólogos que eram de outra UBS, ai, a partir do ano passado, a coordenadora mudou a formatação desse estudo de caso, que eu achei bastante válido. A gente vai lá pra secretária, em vez de ficar no "QG" da regional, vai pra secretaria, na primeira metade da

reunião a gente faz um estudo de casos da nossa unidade, do nosso grupo e ai depois, na segunda metada da reunião chega os profissionais do serviço da rede, CAPSi, CAPSad, CAPSII, CISAM, Emergência participou também e ai a gente discute os casos em comum. Foi bom porque é uma ideia excelente para tratar de rede, para troca de informação. Por outro lado, é difícil porque você tem que elencar dois casos e pronto. Então não cobre a necessidade total. Até esse mês a gente foi desobediente e fizemos uma reunião de estudo de caso sem a orientação da chefe, nós juntamos aqui porque, dai é assim, eu atendo uma mãee encaminhei a filha dessa mãe pra "menina lá" do Aclimação, que atende o marido da mulher que a outra atende e a gente estava precisando sentar junto e conversar. Então nós fizemos e nesse mês, nós acabamos ficando com duas reuniões, mas é uma coisa que eu acho que ajuda muito. A psicologia, desde que eu entrei, tem uma briga direto com a gestão, seja qual for a gestão, pra que a gente pudesse ter supervisão, que é uma coisa que nunca aconteceu e não vai acontecer. Então, cada um que pague a sua supervisão separado. E ai então, essas reuniões de estudo de caso, elas são fabulosas pra gente poder suprir essas coisas. Eu sei que no CAPS II e no CAPSad, eles têm essa reunião toda semana, então senta a equipe numa parte do período, na semana, e a equipe toda discute junto duas horas que seja, mas ai a equipe toda discute porque lá eles trabalham com projeto terapeutico e ai isso dá uma qualidade bem diferenciada. Eu acho que quando a gente sentava com o PSF e ia discutir essas coisas, também era bom. Provavelmente esse tipo de coisa aqui ia diminuir bastante... **[É uma demanda alta!].**

Pesquisadora: Quantas equipes têm aqui nessa UBS?

Profissional H: Duas equipes. E ai a gente tem uma área descoberta grande e temos uma área de referência muito maior. O PSF tem que cubrir toda essa área daqui pra baixo e pra isso tem os dois médicos do PSF que atendem e a unidade tem que se responsabilizar ainda mais por essa referência lá de cima, que não é pouca coisa.

Pesquisadora: Acaba que, é uma região que muitas pessoas vão contar com o plano de saúde [Teoricamente]. **Mas é uma região com muitos prédios.**

Profissional H: Teoricamente seria isso, mas o que acontece, hoje, por exemplo, estava com enfermeira qui de manhã e ela "teve que sair correndo" para fazer visita de uma acamada lá no centro. Então assim, os acamados eles pedem muito... **[Porque o plano não cobre isso]** e outra coisa, você falou de prédios, o nosso bairro ele cresce pra cima, então em um quarteirão você tem dois condomínios, 05 a 06 prédios, é difícil isso. Eu moro na área, no quarteirão da frente de onde eu moro, que já é um prédio de 04 torres, tá levantado 03 torres, são dois condomínios, tem um outro que são 07 torres o projeto. Então assim, está crescento muito e ai a gente não vai dar conta, o PSF não vai dar conta disso **[02 equipes é muito pouco!]**. E a população está usando muito o SUS, não sei se é porque estão deixando de ter plano ou porque estão descubrindo que o SUS é bom.

Pesquisadora: O plano também tem "deixado muito a desejar", o SUS vem avançando e tem desenvolvidos políticas interessantes, automaticamente vai crescendo a demanda. Bem, fomos discutindo essas questões relacionadas ao movimento da Reforma Psiquiátrica, implantação dos equipamentos que você foi falando, mas eu ainda tenho outras questões mais pontuais que dizem respeito a concepção de alguns conceitos. Por exemplo, que a definição que você tem de apoio, já que a palavra apoio é central no NASF? Como é que você entende esse apoio que o NASF deve oferecer pras equipes, para os profissionais da UBS?

Profissional H: Como que eu entendo ou como que eu vejo as coisas acontecendo? Porque assim, a minha espectativa quando eu escuto... quando chegou o NASF eu ainda estava lá na coordenação, quando foram feitos os projetos para que viessem as equipes. A primeira ideia que veio na minha cabeça foi "Graças a Deus eles vão atender essa demanada horrorosa, a gente vai ter fisioterapeuta!", para atender nossos acamados, então eu já tinha uma ideia errada. Dai com o

tempo, fomos entendendo, eu fui entendendo que o NASF ele vinha para ajudar nas ações e não para trabalhar clinicamente. A orientação da população com autocuidado, orientação das equipes com o cuidado, orientação do cuidador, então ele serve para matriciar, pra apoiar, orientar, num trabalho muito mais de promoção da saúde do que outra coisa. Mas eu não sei se ainda hoje com todos esses anos de NASF, se as equipes todas entenderam ou já entenderam aliás ou se elas já aceitaram. Porque também uma coisa é entender isso e outra é aceitar que é isso. Eu vejo que no começo as meninas queriam que a psicóloga do NASF atendesse, me ajudasse a dividir essa carga e demorou para a psicóloga do NASF fissesse elas entenderem que essa não era a sua função e objetivo. Outra coisa que eu acho muito difícil, eles têm que fazer todo esse trabalho de matriciamento de cada equipe de NASF tá vinculada a 08 de PSF, é muita coisa. Ainda se fosse como lá na UBS 02, por exemplo, que você tem uma equipe de NASF e são 07 equipes de PSF vinculadas? **[São 09, lá].** Pelos menos elas estão vinculadas a um lugar, ainda que dá uma ideia de central [lá disvinculou porque foi criada a UBS 03, a ESF Rosa continua descentralizada ai já tem projeto da UBS Casa 4, mais outra equipe e eles fazem tamém cobertura na UBS 01. São 09 ESFs e 03 UBSs]. Então eles tem a mesma dificuldade porque assim... eu acho um trabalho ingrato das meninas, por essa dificuldade de entendimento das pessoas de que ele tá aqui não para resolver, mas pra ajudar a pensar e como a psicóloga vem uma ou duas vezes por semana, pra ficar um período, a impressão que dá que é abandonado. Então que eles desenvolvem pouco e a gente tem o cronograma semanal deles, eles procuram colocar os horários de acordo com a agenda do PSF, mas mesmo assim eu acho ingrato, "uma gota no oceano". Já melhorou bastante o entendimento das pessoas e acho que essa aceitação do tipo de trabalho, mas ainda sim eu acho ingrato. Por isso que era melhor fortalecer o trabalho da rede, mas também não é fácil. A gente vem de um modelo de curativo centrado centradas nas questões agudas ... e ai fica difícil de mudar. Pra mim também é difícil, eu fico fechada no meu consultório. Quanto menos ficar fechada, melhor! Com tudo que eu já sei e aprendi, também tem a resistência de "sair da caverna" e tirar o jaleco.

Pesquisadora: Falando em sair, você consegue fazer visita domiciliar?

Profissional H: Eu fazia muito, fazia atendimento domiciliar, paciente que sofreu alguma lesão produtiva, paciente que ficou tetraplegico por causa de um tiro na coluna, eu tive uma paciente que sofreu um acidente e teve um problema emocional grande, enquanto ela estava impossibilitada de andar eu ia até a casa dela, pacientes com sindrome do panico que não estavam saindo, tudo isso eu já fiz. Com a chegada do NASF eu deleguei, eu passei tudo para a psicóloga do NASF. Hoje em dia não tem mais não. Às vezes precisa fazer uma visita eu vou com a ACS, mas nós estamos encerrando o mês 06 e eu não fiz nenhuma.

Pesquisadora: E ai, uma coisa que você colocou e que vem junto de algumas dessas propostas para ajudar a gente "sair da caverna" e também para ajudar a gente mudar um pouco do nosso modelo de atendimento é a proposta de se trabalhar em equipe. O NASF é uma equipe, a ESF é uma equipe. O que é pra você trabalhar em equipe?

Profissional H: O que eu acho do trabalho em equipe? Eu acho que é o caminho. Se todo mundo se responsabiliza pelos os usuários daquela comunidade que você assiste... o paciente antigamente ... até hoje tem profissional que vê assim "o paciente é meu, o paciente é seu", não, o paciente é da equipe toda e hoje em dia que não é mais a equipe do NASF, a equipe da unidade, é uma coisa só. Então todo mundo tem que se responsabilizar por tudo e coim isso ganha o profissional e o usuário do serviço. Mas ainda é uma coisa que está acontecendo bem devagar. As pessoas que estão chegando, mais novas, não sei se é da formação acadêmica que agora tem... na minha época não tinha vinculada ao SUS e a saúde pública, estão vindo com o coração mais aberto do que antes. Minha formação foi para trabalhar dentro do consultorio com minha caixinha individual. Então o trabalho de equipe multiprofissional interdisciplinar é o caminho. Não dá mais para ficar aqui

fechada fazendo 06 meses de terapia individual e atendendo 80 pessoas por ano. A gente precisa trabalhar mais em grupo. Por outro lado, a população tem uma dificuldade de aceitar isso, quando você faz encaminhamento para grupo de medicamentos, eles se retraem... "como que eu vou participar de um grupo, mas aí minha visinha vai tar lá...". Os grupos ainda, acho assim, é difícil mais até que é menos. Agora, propor psicoterapia de grupo, ninguém quer. Às vezes, a gente ainda conseguia fazer com criança. Mas, lá na UBS 01, por exemplo, a gente não conseguiu fazer. Não deu, não fechou grupo nenhum; eles não querem.

Pesquisadora: Na minha experiência, também era bastante difícil. De vez enquando, em uma ou outra UBS eu conseguia. E aí, outro conceito que passa aqui pela pesquisa é o conceito de família. Como a ESF já é voltada para a família, o NASF também tem essa função de proporcionar o apoio à Saúde da Família, pergunto duas coisas: como você compreende/concebe família e também como você tem visto as famílias que chegam ao serviço de saúde pública?

Profissional H: O conceito de família, hoje em dia, tá tudo... a gente tem que construir e desconstruir, construir e desconstruir o tempo inteiro, né? Quando a gente fala: "Ah! Então, a primeira entrevista, eu faço com a família". Antigamente, você dizia assim: "Ah! Eu preciso do pai e da mãe". Então, hoje, por exemplo, em uma trigem que eu vou marcar, que o rapaz veio só pra agendar, eu perguntei: "Você vive com a mãe do fulano?". A resposta foi: "Não, eu não vivo com a mãe do ciclano". "A mãe pode comparecer?". "Não, ela não vai vir na reunião", ele me respondeu. Então, assim, você tem que trabalhar com a família que se apresenta, né? Se são os avós, se é pai com nova esposa... E assim, não se estende só àquele núcleo pequeno. Na maioria das vezes, você precisa do núcelo maior, mas na maioria das vezes, você não consegue. Até eu estava falando para a outra psicóloga lá da UBS 01. Porque eu e ela tínhamos dividido: eu fiquei resposnável pelos atendimentos de criança e ela ficou com os adultos. Eu falei para ela: "Vamos redividir essa coisa? Porque já estava ficando muito pesado pra mim, não tá dando". Aí, ela falou: "Eu já sei, criança não é sós criança. É a mãe, o pai, o tio, a professora, a fonoaudióloga que atende eu não sei onde...". Eu falei: "É, tá muito cansativo!". Então, quando fala do atendimento extensivo, do olhar para a família, não é só a questão do pai ser separado ou casado, se o pai mora com o tio, se a mãe tem os filhos que era do marido que foi embora e largou ainda os filhos pra ela também. É muito mais do que isso. São as relações que existem nesse núcleo familiar. Aqui, nem tanto, lá na UBS 01 tem mais disso. São... além da família, do núcleo familiar que às vezes se apresenta o pai, mãe e filhos e tal, dentro do quintal moram mais... são mais quatro casas do restante da família. E é complicado. O NASF e a ESF têm que estar atentos a tudo isso. Quando a gente ia fazer as visistas domiciliares, isso era enriquecedor. Porque você consegue enxergar, numa dimensão muito maior, as relações familiares. Não sei se eu respondi ou se eu me enrolei.

Pesquisadora: É isso mesmo... E aí, para terminar a entrevista, pergunto qual é a sua concepção de saúde?

Profissional H: [Risos] É... segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), aquela, assim, resposta bem clássica, é o equilíbrio biopsicossocial e tal... Eu não sei. Hoje, com tudo o que a gente anda estudando, quem consegue ter equilíbrio biopsicossocial, né? Não é só ausência de doença, mas também se você viver em função do equilíbrio biopsicossocial, as pessoas não conseguem. Eu estava conversando, na hora que você chegou, com uma profissional ali da clínica do bebê. Daí, ela estava falando do filho dela e aí eu falei: "você porque que a gente ainda consegue tocar adiante e não deprimir?". Porque no fundo, no fundo, a gente tem uma estrutura de ego ainda que consegue empurrar os problemas para a última gaveta do armário e ir enfrentando o "leão" que se apresenta no dia. Então, eu acho que pe isso. É ter um mínimo de estrutura de personalidade pra conseguir separar o que é o urgente, do que é emergente e daquilo que dá pra deixar pra depois. E

isso vale não só para a questão emocional, mas para a física também. Não sei se dá pra gente pensar mais naquela definição da (OMS) ou se a gente que pensar que esse equilíbrio agora tá em um ponto diferente. Mas definir saúde, você me estrangulou.

Pesquisadora: Risos. É uma coisa a se construir, né, em cada contexto...

Profissional H: Em cada grupo, em cada sociedade, em cada momento, né. Ainda eu brinquei com ela, é você se permitir ainda fazer a louca e bater a porta do banheiro, jogar o brinquedo do menino no lixo, joga as roupas todas misturadas dentro da máquina de lavar... essas coisas besta do dia-a-dia, mas que dá um alívio de descarga, né? É assim e vai tocando, acreditando que tá fazendo o melhor que pode naquele dia e naquela hora.

Pesquisadora: Seguimos tentando, né? Muito obrigada pela sua contribuição, não sei se você gostaria de fazer mais algum comentário...

Profissional H: Não. Não sei se ajudou, mas espero que tenha ajudado!

Pesquisadora: Sim, claro que ajudou. A sua participação foi muito importante. Mais uma vez, obrigada!