

PATRÍCIA PEREIRA DA SILVA

**MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL PRATICADO PELOS NÚCLEOS DE
APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA EM SANTA CATARINA**

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC.

Orientador(a): Profa. Dra. Lilia Aparecida Kanan

Lages (SC)

2018

Ficha Catalográfica

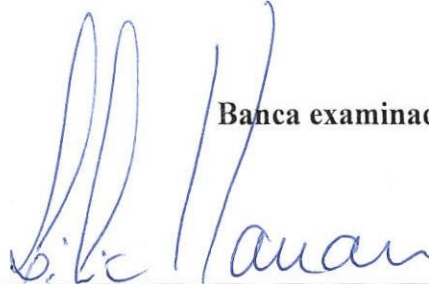
S586m	<p>Silva, Patrícia Pereira da. Matriciamento em saúde mental praticados pelos núcleos de apoio em saúde mental em Santa Catarina / Patrícia Pereira da Silva. -- Lages : Ed. do autor, 2018. 94p. :il. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Planalto Catarinense. Programa de Mestrado em Meio Ambiente e Saúde Orientadora: Lília Aparecida Kanan</p> <p>1. Saúde mental. 2. Atenção básica em saúde. I. Kanan, Lília Aparecida (orient.). II. Título.</p>
	CDD 616.89

(Elaborada pela Bibliotecária Andréa Costa - CRB-14/915)

PATRÍCIA PEREIRA DA SILVA

Dissertação intitulada "MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL PRATICADO PELOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA EM SANTA CATARINA" foi submetida ao processo de avaliação e aprovada pela Banca Examinadora em 31 de agosto de 2018, atendendo as normas e legislações vigentes do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense para a obtenção do Título.

MESTRE EM AMBIENTE E SAÚDE



Banca examinadora:

Dra. Lilia Aparecida Kanan (Presidente e Orientadora — PPGAS/UNIPLAC)



Dra. Tatiane Muniz Barbosa (Membro Titular Externo — UNIDAVI)



Dra. Natália Veronez da Cunha Bellinati (Membro Titular Interno — PPGAS/UNIPLAC)

Dedico este trabalho a

*Meu pequeno anjo guerreiro, minha bebê Sofia,
por sua batalha constante para estar comigo nesta vida!*

*Meu esposo Playdon, por todo seu amor e dedicação,
que sempre se orgulhou de cada conquista minha e com isso
me incentivou e me incentiva a continuar sempre!*

*Minha amada mãe pelo seu amor incondicional e
incansável cuidado comigo e com minha pequena!*

AGRADECIMENTOS

A Deus por todas as oportunidades, por me dar força e coragem todos os dias.

À minha orientadora Prof.^a Dr. Lilia Aparecida Kanan, por ter doado seu tempo para me ensinar e principalmente pela sua sensibilidade de me acolher no 'olho do furacão', facilitando minha passagem por esta caminhada com perseverança e amor. Jamais esquecerei seu afeto e amizade!

A todo colegiado do PPGAS pelos ensinamentos, por cada sorriso e abraço e toda vibração positiva emanada.

As professoras da Banca de Defesa, Prof. Dr^a Tatiane Muniz Barbosa e Prof. Dr^a Natalia Veronez da Cunha Bellinati, pela disponibilidade em contribuir com meu aprendizado.

A minha sogra Neusa, que nos abrigou em seu lar e nos momentos de cansaço auxiliava com as tarefas da casa, passava madrugadas acordada nas crises de cólica da bebê, para que eu pudesse estar inteira no outro dia para produzir.

A todos que me auxiliaram nos cuidados da Sofia, em especial as madrinhas, tios, primos, que não mediram esforços em contribuir para este trabalho se tornasse realização.

Investir em conhecimento rende sempre os melhores juros.

Benjamin Franklin

RESUMO

O Ministério da Saúde, em 2008, criou o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), constituído por uma equipe multiprofissional de diferentes áreas de conhecimento. O escopo de atuação do NASF acontece em parceria com os profissionais da Estratégia Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob sua responsabilidade. Neste cenário, a pesquisa objetivou analisar como se desenvolve o matriciamento em saúde mental (SM) nas equipes de NASF em Santa Catarina (SC). A pesquisa se caracterizou como de campo, aplicada, do tipo quantitativo e descritiva. Quanto aos procedimentos técnicos, assumiu o design de levantamento (survey). Participaram do estudo 152 equipes de NASF ou 56,5% do total de equipes atuantes no estado no momento da coleta de dados. Envolveu a participação de 263 profissionais de saúde que as integram. Os principais resultados encontrados revelam que a maioria dos participantes são do sexo feminino, com faixa etária que se situa entre 26 e 35 anos; são concursados; têm entre 1 e 5 anos de atuação. Psicólogos são a maioria, seguidos de Fisioterapeutas e Nutricionistas. O matriciamento em SM é realizado pela maioria das equipes de NASF (86,7%). Identificou-se que, a maioria das equipes discute casos e elaboram o Projeto Terapêutico Singulares; participa da discussão e pactuação sobre critérios e fluxos para atendimento dos casos de SM compartilhados com a rede; realiza atividades de educação permanente junto as Equipes de Atenção Básica (EAB) e oferece atendimento aos usuários em situações de crise. Também a maioria das equipes realiza atendimentos compartilhados junto as EAB e desenvolve algum tipo de atividade em grupo específica de SM de maneira compartilhada com os demais profissionais. A maior parte das equipes de NASF realiza articulação intersectorial para o desenvolvimento de ações em SM e os equipamentos mais citados foram escolas e Centro de Referência e Assistência Social. Percebe-se que a maioria das equipes de NASF deste estudo não realiza(ou) diagnóstico de saúde dos territórios adscritos e poucos atuam com a ferramenta Projeto de Saúde no Território. Os profissionais da NASF que mais realizam matriciamento em SM são os psicólogos, seguidos dos assistentes sociais, fisioterapeutas e nutricionistas. De maneira geral, os achados desta pesquisa revelam um cenário positivo e de avanços acerca das ações do NASF na SM a partir da ferramenta de trabalho do Apoio Matricial, que vem gradativamente se lapidando e consolidando no cotidiano dos serviços de Atenção Básica em Santa Catarina.

Palavras chave: Saúde Mental, Apoio Matricial, NASF.

ABSTRACT

The Ministry of Health, in 2008, created the Family Health Support Center (NASF), made up of a multiprofessional team of different knowledge areas. The scope of action of the NASF is in partnership with the professionals of the Family Health Strategy, sharing and supporting health practices in the territories under their responsibility. In this scenario, the research aimed at analyzing how mental health (SM) matriciamento develops in the NASF teams in Santa Catarina (SC). The research was characterized as field, applied, quantitative and descriptive type. As for the technical procedures, he assumed the survey design. Participating in the study were 152 NASF teams or 56.5% of the total number of teams working in the state at the time of data collection. Involved the participation of 263 health professionals that integrate them. The main results show that the majority of the participants are female, with an age range between 26 and 35 years; are insolvent; have between 1 and 5 years of operation. Psychologists are the majority, followed by Physical Therapists and Nutritionists. SM matriciation is performed by most NASF teams (86.7%). It was identified that, most of the teams discuss cases and elaborate the Unique Therapeutic Project; participates in the discussion and agreement on criteria and flows to attend SM cases shared with the network; carries out permanent education activities with the Basic Attention Teams (EAB) and offers assistance to users in crisis situations. Also, most of the teams perform shared services with the EAB and develop some type of activity in a specific SM group in a shared way with other professionals. Most of the NASF teams carry out intersectorial articulation for the development of actions in SM and the most cited equipment were schools and Reference and Social Assistance Center. It is noticed that the majority of the NASF teams in this study do not perform (or) health diagnosis of the affiliated territories and few work with the Health Project in the Territory tool. The NASF professionals who most perform maturation in MS are psychologists, followed by social workers, physiotherapists and nutritionists. In general, the findings of this research reveal a positive scenario and advances on the actions of the NASF in SM from the tool of the Support of Matrix, which has gradually been stoned and consolidated in the daily routine of Primary Care services in Santa Catarina.

Keywords: Mental Health. Matrix support. NASF.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição percentual dos participantes, segundo sexo, faixa etária, tipo de vínculo, formação e tempo de atuação (N=263).....	40
Tabela 2. Distribuição percentual de equipes NASF que realizam reuniões de trabalho e de percentual de participação dos profissionais que as integram.	44
Tabela 3. Distribuição percentual de equipes NASF que realizam de matriciamento em SM e sua periodicidade.....	44
Tabela 4. Planejamento e organização das reuniões de matriciamento e formas de apoio matricial utilizados pelos NASF	46
Tabela 5. Distribuição percentual de profissionais participantes do matriciamento em SM e de profissionais da EAB que apresentavam casos às reuniões.....	47
Tabela 6. Distribuição percentual de casos levados ao matriciamento em SM.....	48
Tabela 7. Distribuição do percentual de equipes <i>versus</i> construção do PTS.....	49
Tabela 8. Distribuição percentual de realização de consultas compartilhadas e de apoio/atendimentos nas crises de SM.....	50
Tabela 9. Distribuição percentual da realização de grupos ou atividades em SM.....	52
Tabela 10. Distribuição percentual dos grupos de SM compartilhados e os profissionais envolvidos	53
Tabela 11. Distribuição percentual de participação das equipes NASF em ações de SM intersetoriais e equipamentos citados	55
Tabela 12. Distribuição percentual de compartilhamento de casos de SM com a rede e equipamentos citados	56
Tabela 13. Distribuição percentual de realização de diagnóstico de realidade em SM e de construção do PST.....	57
Tabela 14. Distribuição percentual de realização de Educação Permanente	59
Tabela 15. Número e percentual referido de aspectos que facilitam o matriciamento.....	60
Tabela 16. Número e percentual referido de aspectos que dificultam a realização do matriciamento	63

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Modalidades de NASF relacionadas ao número de equipes vinculadas e cargas horárias de profissionais que os integram.	22
Quadro 2. Distribuição dos tipos de NASF no Brasil e respectiva situação junto ao MS.....	23
Quadro 3. Distribuição do quantitativo de NASF e a amostra proporcional por Mesorregião de Santa Catarina.....	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	– Atenção Básica
CAB39	– Caderno de Atenção Básica 39
CAPS	– Centro de Atenção Psicossocial
CEP	– Comitê de Ética em Pesquisa
CIR	– Comissão Intergestores Regional
CONEP	– Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CRAS	– Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	– Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DAB	– Diretoria de Atenção Básica
EAB	– Equipe de Atenção Básica
EPS	– Educação Permanente em Saúde
ESF	– Estratégia Saúde da Família
NASF	– Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PNAB	– Política Nacional de Atenção Básica
PSF	– Programa Saúde da Família
PST	– Projeto de Saúde no Território
PTS	– Projeto Terapêutico Singular
SC	– Santa Catarina
SES	– Secretaria Estadual de Saúde
SM	– Saúde Mental
SPSS	– Statistical Package for the Social Sciences
SUS	– Sistema Único de Saúde
TCLE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 SUS E ATENÇÃO BÁSICA	17
2.2 A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA.....	19
2.3 NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF).....	21
2.4 PROCESSO DE TRABALHO DO NASF: APOIO MATRICIAL/ MATRICIAMENTO	24
3 PERCURSO METODOLÓGICO	31
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	31
3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	32
3.2.1 Critérios de Inclusão e de Exclusão	33
3.3 PROCEDIMENTOS DE CONTATO COM OS PARTICIPANTES	34
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	35
3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	36
3.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS	36
3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	37
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	39
4.2 PROCESSO DE TRABALHO.....	43
4.3 ASPECTOS QUE POTENCIALIZAM E/OU FRAGILIZAM O DESENVOLVIMENTO DO MATRICIAMENTO EM SM	60
5 CONCLUSÕES	67
REFERÊNCIAS.....	71
ANEXO	83
Anexo 1 – Parecer Consubstanciado CEP (Termo de Aprovação)	83
APÊNDICES	87
Apêndice 1 – Instrumento de Coleta de Dados – Formulário On Line	87
Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	93

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) está entre as agendas prioritárias do Ministério da Saúde, uma vez que é eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta priorização se traduz na elaboração de ampla política voltada ao enfrentamento dos principais nós críticos que têm direcionado a expansão e o fortalecimento da AB no Brasil. Destaca-se que, os principais desafios do SUS encontram-se na ampliação do acesso, na melhoria da qualidade dos serviços e da resolutividade das ações na AB (BRASIL, 2013).

O Ministério da Saúde define AB como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que compreende a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. O objetivo traçado é de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia dos sujeitos e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

Nas últimas décadas, conforme identificado por Dalla Vecchia et al. (2009), o Brasil teve significativo aumento da abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na AB, e também dos novos serviços substitutivos em Saúde Mental (SM) (Centro de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas, Unidades de Acolhimento, entre outros), resultantes, dos processos de Reforma Sanitária e Psiquiátrica.

Muito embora se identifique que, problemas relacionados com a SM fazem parte do cotidiano dos serviços de saúde do SUS, com expressiva demanda na AB, os profissionais que compõem as equipes da ESF, na maioria das vezes, não se sentem preparados para intervir nas demandas de SM. Assim, limitam seus cuidados na oferta pela consulta médica, pela terapêutica medicamentosa, ou encaminhamento ao serviço especializado (GRYSCHEK; PINTO, 2015).

Conforme Nunes, Jucá e Valentim (2007), a demanda da SM na AB apresenta particularidades e complexidades que não podem ser respondidas por apenas um núcleo do saber. Isto porque implica em novas propostas de desinstitucionalização dos cuidados aos portadores de transtornos mentais, para além dos muros de qualquer instituição, com foco no trabalho em equipe multiprofissional e na integralidade dos cuidados a partir do trabalho em rede.

Assim, apesar de sua importância, o que poderia ser uma ferramenta de cuidado em SM na AB pela facilidade de acesso das equipes aos usuários, tem sido uma prática que suscita muitas dúvidas, curiosidades e receios dos profissionais de saúde (BRASIL, 2013). Contudo, a articulação entre SM e AB, torna-se necessária e tem despertado crescente interesse científico, tendo em vista que os transtornos mentais de maneira geral representam uma parcela significativa da demanda da AB (FORTES et al., 2011).

E foi a partir das complexidades de demandas de saúde que surgem no cotidiano dos serviços, que o Ministério da Saúde, em 2008, criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Constituído por uma equipe multiprofissional de diferentes áreas de conhecimento, onde seu escopo de atuação se dá em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de ESF (BRASIL, 2014).

A composição das equipes de NASF é definida pelos gestores municipais, geralmente por meio de diagnóstico de realidade, com base no mapeamento das demandas e necessidades locais de saúde. Entretanto, a organização dos processos de trabalho dos NASF deve ser estruturada priorizando o apoio matricial, o atendimento compartilhado e interdisciplinar, educação permanente por meio de reuniões de equipe, que favoreçam o compartilhamento e troca de saberes (BRASIL, 2014).

O Apoio Matricial em saúde visa promover retaguarda assistencial, de maneira personalizada e interativa para equipes e profissionais responsáveis pelo cuidado em saúde de uma população, de um determinado território. Opera com os conceitos de núcleo e de campo, onde por exemplo, um especialista de um determinado núcleo, apoia especialistas de outro núcleo de formação, objetivando a ampliação de possibilidades e eficácia de sua atuação. O Apoio Matricial pretende oferecer também suporte técnico-pedagógico às equipes de referência (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Ainda no que se refere a SM no NASF, o Ministério da Saúde destaca a recomendação expressa de que as equipes de NASF devem contemplar pelo menos, um profissional de saúde para atuar na lógica do apoio matricial, como diretriz técnico-pedagógica, e com isso possibilitar que os casos de SM passem a ganhar espaço nas agendas de discussões das equipes (BRASIL, 2014).

Com base no exposto, este estudo pretendeu se voltar ao conhecimento acerca de como se desenvolve o matriciamento em SM praticados pelas equipes de NASF no estado de Santa Catarina. Sua relevância está representada pela contribuição ao planejamento e à estruturação de políticas de saúde, visando atingir maior eficácia nos projetos terapêuticos de cuidado propostos, buscado fomentar reflexões sobre processo de trabalho individual versus trabalho em equipe, além de redimensionar novas propostas de ações no que se refere a SM na atenção básica.

Esta pesquisa também visa produzir um conhecimento mais preciso dos contextos em que insere e se desenvolve o apoio matricial em SM feito pelas equipes de NASF, podendo identificar limitações que comprometam a atenção integral aos sujeitos no âmbito do SUS, assim como suas potencialidades. Deste modo, a relevância científica deste estudo, está presente, dada a incipiência desta Política Pública de Saúde, e pelo fato da incipiência de produções sobre o desenvolvido do matriciamento em SM nos contextos de NASF.

A partir de busca realizada no site da Diretoria de Atenção Básica (DAB)¹ no mês de maio de 2016, identificou-se que, o estado de Santa Catarina possuía 269 equipes de NASF implantadas. Dada a expressividade deste quantitativo, este estudo buscou respostas à seguinte questão: **como se desenvolve o matriciamento em SM nas equipes de NASF em Santa Catarina?**

O estudo pretendeu então analisar como se desenvolve o matriciamento em SM nas equipes de NASF em Santa Catarina. Especificamente objetivou (a) caracterizar os profissionais que atuam nas equipes de NASF em SM; (b) examinar o processo e a organização do trabalho nos NASF em sua relação com o matriciamento em SM; e, (c) conhecer a percepção dos profissionais que atuam nos NASF a respeito de aspectos que potencializam e/ou fragilizam o desenvolvimento do matriciamento em SM.

Para apresentá-lo, este estudo foi organizado em capítulos. Após uma breve introdução sobre a problemática que envolveu a pesquisa no primeiro capítulo, o segundo trata de uma revisão teórica a partir de autores e articulistas que contribuíram ou que contribuem à ampliação do conhecimento relativo ao tema. O terceiro capítulo apresenta o percurso metodológico que orientou todas as etapas do processo de pesquisar. No quarto capítulo são apresentados os resultados encontrados e a

¹ www.dab.saude.gov.br. Acesso em 03/05/2016

discussão que se fez relativizando estes ao conhecimento já produzido. As considerações finais a respeito do conjunto de informações analisadas e do processo de pesquisar são apresentadas no quinto capítulo.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Para fundamentar teoricamente esta pesquisa apresenta-se o SUS, tendo como foco a AB como proposta de modelo assistencial de transformações nas práticas de saúde, até chegar às redes de cuidados, como a SM. A seguir, são apresentadas brevemente as produções de instituições, autores e articulistas que contribuem à compreensão do tema que se investigou.

2.1 SUS E ATENÇÃO BÁSICA

A partir da Constituição de 1988, da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da crise de um modelo tecnicista/hospitalocêntrico que não conseguia mais atender as demandas e necessidades de saúde/doença da população, surgiu a necessidade de um novo ordenamento do sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2011).

A Atenção Básica à Saúde, é um dos níveis de atenção ao cuidado em saúde do SUS, responsável por um conjunto de ações que envolvem estratégias de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Desta forma, a AB deve ser a porta principal de entrada e o primeiro contato dos usuários aos serviços de saúde (ANDRADE et al. 2012).

Nesse cenário, durante a década de 90, o Programa Saúde da Família (PSF) foi instituído como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, a partir da atenção básica e em conformidade com os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade. Este apresentava-se como uma nova maneira de intervir em saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o “indivíduo doente”; pretendia a mudança do modelo centrado no médico e hospital, para um jeito de produzir saúde formado por uma equipe multiprofissional, com atuação em conjunto (ROSA; LABATE, 2005).

Neste sentido, a proposta era que as intervenções realizadas pelas equipes de PSF não se reduzissem a atendimentos e consultas individuais. Além disto deveria incorporar práticas de saúde na direção preventiva, educativa, e curativas mais

próximas quanto possível da vida cotidiana da população, considerando principalmente os grupos mais vulneráveis (ROSA; LABATE, 2005).

A partir da expansão do PSF nos municípios, que vinha ganhando espaço enquanto reorganizador da AB no Brasil, o Ministério da Saúde lançou a Portaria GM 648, de 28 de março de 2006, onde estabeleceu que o PSF seria a estratégia prioritária para organizar a AB. Desta forma, o PSF passou a não ser mais reconhecido como um programa, e sim como uma Estratégia Saúde da Família (ESF) com vistas a tornar a AB mais qualificada e resolutiva (BRASIL, 2006).

Destaca-se que, a Atenção Básica tem como principal característica ser 'porta aberta' e possibilitar o primeiro acesso dos sujeitos ao SUS. É responsável por um conjunto de ações de Saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Este conjunto de ações tem o propósito de desenvolver atenção integral de maneira a impactar na situação de saúde e a autonomia dos sujeitos e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2013).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a AB é capaz de resolver até 80% dos problemas de saúde/doença de uma comunidade. Isto porque deve prestar atendimento de prevenção de doenças, promoção da saúde e reabilitação, para evitar internações desnecessárias e consequentemente melhorar a qualidade de vida da população. A partir das atualizações feitas nesta política, também foram reforçados elementos ligados ao papel desejado da AB na ordenação das redes de atenção à saúde, com objetivo de avançar na gestão e coordenação do cuidado do usuário (BRASIL, 2011).

Na perspectiva de construção de ações integrais no que se refere a SM, tema desta pesquisa, o Caderno de AB n. 34 do Ministério da Saúde destaca algumas funções de responsabilidade da AB, no sentido de contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde:

[...] ser base, atuando no mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária; ser resolutiva, identificando riscos, necessidades e demandas de Saúde e produzindo intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais; coordenar o cuidado, elaborando, acompanhando e criando projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhando e organizando o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS, assim como as outras

estruturas das redes de saúde e intersectoriais, públicas, comunitárias e sociais; ordenar as redes, reconhecendo as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de Saúde parta das necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2013, p. 19).

Especificamente a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), regulamentada pela Portaria GM 3088/2011, se configura em um novo ordenamento criado para auxiliar na legitimação desta estratégia de atenção à saúde. Pretende também consolidar o papel de 'porta de entrada' protagonizado pela AB de modo a fortalecer a articulação de diversos serviços, por meio da construção e planejamento conjunto de ações entre si, mas sem perder a característica territorial (BRASIL, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2011), ampliou a concepção do modelo biomédico acerca do processo saúde/doença, para uma visão mais holística de saúde ao considerar os aspectos psíquicos e sociais dos sujeitos. Com base nisso, depreende-se que a SM não está dissociada da saúde física ou geral. Por tal razão é importante reconhecer que as demandas de SM estão presentes em diversas queixas relatadas pelos usuários que chegam na AB. Nestes termos, cabe aos profissionais, independente da formação, a desafiante tarefa de perceber e intervir sobre tais queixas.

Na AB a possibilidade de acompanhar o usuário no seu próprio contexto de vida, de maneira longitudinal, é uma condição que potencialmente favorece a conquista da integralidade e o aumento da resolutividade no cuidado, Além disto, pode auxiliar na implementação de novas propostas de atenção em SM (PAULON; NEVES, 2013).

2.2 A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

O foco da atenção e práticas entendidas como diretrizes do cuidado em SM no Brasil é a existência de um sofrimento psíquico e não necessariamente uma doença. Por este viés, a questão da SM na AB perpassa o redimensionamento da relação saúde/doença, pela relevância dos vínculos entre os profissionais de saúde e a comunidade, pela produção de vida a partir do desenvolvimento de ações em perspectivas multidisciplinares visando à melhoria na qualidade de vida da população (PAULON; NEVES, 2013).

No entanto, o reconhecimento da inserção de ações de SM no contexto da AB 'caminha a passos lentos'. Um estudo bibliográfico realizado por Gama e Campos (2009) sobre experiências de articulação entre SM e AB realizado no período de 1997 a 2007, revela que as pesquisas apontam uma demanda expressiva de casos na área de SM na AB com indicadores significativos para uma atenção especial por parte das políticas públicas. Os autores evidenciaram ainda que muitos profissionais referiram sentir-se despreparados para atuar com essas questões. Destacavam lacunas na formação, falta de treinamento, falta de capacitação e formação técnica continuada, dificuldade de trabalho em rede e resistência da maioria dos profissionais em atuar com os conceitos de clínica ampliada (projeto terapêutico singular, matriciamento, humanização da saúde, trabalho em equipe multidisciplinar, acolhimento, vínculo). Os autores evidenciaram ainda que a opção destes profissionais era a lógica da clínica tradicional curativista/individualista.

Outro estudo foi realizado por Jucá et al. (2009), com o objetivo de compreender como os profissionais de saúde interpretavam o sofrimento mental e de que maneira planejavam e desenvolviam suas intervenções nos contextos de PSF e CAPS. Os resultados identificaram inúmeras dificuldades de manejo enfrentadas pelos que profissionais, desde a identificação/avaliação do paciente com sofrimento mental, manejo de situações específicas e de crise, e também questões relativas ao encaminhamento para os serviços especializados.

A sensação de insegurança que permeia as intervenções de SM referida constantemente pelos profissionais da saúde advém em boa medida da formação técnica ou acadêmica orientadas com foco no trabalho para a doença. Alguns dos medos revelados sobre o manejo das demandas de SM são justificados pela expectativa de cura. Os profissionais alegam também não saber o que falar ou perguntar, têm receios de piorar o quadro dos pacientes em sofrimento mental, ou preferem acreditar que este campo do saber não lhes é acessível. Por outro lado, percebe-se, por vezes, que a sensação de incerteza, de não saber o que fazer pode causar sentimentos de desconforto, impotência, autodepreciação e até mesmo de culpa e, conseqüentemente prejuízos também para a saúde deles (BRASIL, 2013).

Existem possibilidades que podem ser realizadas no território das equipes. Isto porque as práticas em SM não exigem necessariamente um trabalho para além daquele já demandado aos profissionais de saúde. Trata-se, sobretudo, de que estes profissionais incorporem ou aprimorem competências de cuidado em SM em suas

ações diárias, de tal modo que suas intervenções sejam capazes de exercitar a empatia e considerar a subjetividade e singularidade de cada sujeito no processo do cuidado integral à saúde (BRASIL, 2013).

Com objetivo de ampliar o escopo de atuação da AB, no enfrentamento das principais dificuldades, de maneira a auxiliar nas formas de enfrentamento e desafios que se colocam para a realização do cuidado na AB, o Ministério da Saúde criou o NASF. Projetado para ser um dispositivo estratégico, por meio do compartilhamento de saberes, o NASF visa ampliar a capacidade de resolutividade clínica das equipes de AB (BRASIL, 2008).

2.3 NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

O NASF é uma política estratégica, composta por equipe multiprofissional de profissionais de diferentes áreas de conhecimento que devem atuar em conjunto com os profissionais das Equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de AB (BRASIL 2014).

Foi regulamentado pela Política Nacional de Atenção Básica Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, nas modalidades NASF 1 e NASF 2. Configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de ESF, com as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde. Tem a finalidade de ser um dispositivo estratégico de melhoria da qualidade dos serviços ofertados AB, uma vez que possibilita ampliação do escopo de ações, por meio do compartilhamento de saberes, e com isso, maior resolutividade dos casos (BRASIL, 2011).

A partir da publicação da Portaria GM 3.124, de 28 de dezembro de 2012, o Ministério da Saúde criou uma terceira modalidade de conformação de equipe: o NASF3. Inaugurou a possibilidade de qualquer município do Brasil fazer a implantação de equipes NASF, desde que conte ao menos com uma ESF.

As modalidades de NASF em atividade no ano de 2018 estão representadas no Quadro 01.

Quadro 1. Modalidades de NASF relacionadas ao número de equipes vinculadas e cargas horárias de profissionais que os integram.

Modalidade	Nº de equipes vinculadas	Somatória das Cargas Horárias Profissionais
NASF 1	5 a 9 ESF e/ou EAB para populações específicas (ECR, ESFR e ESFF)	Mínimo 200 horas semanais. Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 80h de carga horária semanal.
NASF 2	3 a 4 ESF e/ou EAB para populações específicas (ECR, ESFR e ESFF)	Mínimo 120 horas semanais. Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal.
NASF 3	1 a 2 ESF e/ou EAB para populações específicas (ECR, ESFR e ESFF)	Mínimo 80 horas semanais. Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal.

Fonte: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php. acesso em 03/05/2016.

O NASF representa um vasto campo de trabalho para as profissões de saúde que não foram incluídas nas equipes básicas da ESF (PASQUIM; ARRUDA, 2013). Desta forma, os profissionais que poderão compor os NASF, segundo o Código Brasileiro de Ocupações (CBO) são: assistente social, profissional/professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas. Algumas das especialidades médicas são: psiquiatra, ginecologista /obstetra, homeopata, acupunturista, pediatra, geriatra, internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário (BRASIL, 2012).

A definição de quais profissionais integrarão as equipes de NASF é de responsabilidade dos gestores municipais, em acordo com as equipes de AB. A definição acontece a partir de critérios de prioridades identificadas e consideradas necessidades locais, diagnóstico de realidade, indicadores de saúde, entre outros (BRASIL 2014).

A constituição de cada equipe de NASF pode variar de acordo com as distintas realidades regionais e municipais, número de EAB em cada território adscrito para o NASF, características de cada uma dessas equipes, categorias profissionais que compõem cada equipe de NASF, entre outros aspectos a serem considerados (BARROS; GONÇALVES; KALTNER; LANCMAN, 2015).

O Quadro 02, a seguir, possibilita visualizar os dados do Ministério da Saúde, (competência agosto/2018), em relação ao quantitativo de equipes de NASF credenciadas pelo MS, cadastrados no Sistema e efetivamente implantadas.

Quadro 2. Distribuição dos tipos de NASF no Brasil e respectiva situação junto ao MS.

Nasf Tipo 1			Nasf Tipo 2			Nasf Tipo 3		
Credenciadas	Cadastradas no Sistema	Implantadas	Credenciadas	Cadastradas no Sistema	Implantadas	Credenciadas	Cadastradas no Sistema	Implantadas
3.481	3.237	3.128	1.039	1.022	988	1.251	1.255	1.214

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE/2018.

Observa-se que, no Brasil, há 5.771 equipes do NASF credenciadas pelo Ministério da Saúde. Todavia, efetivamente implantadas são 5.330. Entre estas, 3.128 são modalidade de NASF 1, 988 são modalidade de NASF 2 e 1.214 são modalidade de NASF 3.

A implantação do NASF junto as EAB provocam movimentos de mudança organizacional e institucional no cotidiano dos serviços, de maneira estratégica para fortalecer a AB como eixo estruturante do sistema de saúde brasileiro (MATUDA et al., 2015). Além disto, as ações desenvolvidas por suas equipes são voltadas a dois públicos-alvo: as equipes de referência apoiadas e os usuários. No entanto, o NASF não representa porta de entrada do sistema, antes sim um apoio aos profissionais da AB com proposta de tentar rever a prática do encaminhamento, objetivando acompanhamento longitudinal (CAMPOS; GAMA 2010).

Destaca-se ainda, que o NASF faz parte da AB, mas não se constitui como um serviço com espaço físico independente. Nestes termos, as equipes de NASF utilizam o espaço das UBS e o território adstrito para o desenvolvimento do seu trabalho (BRASIL, 2014).

Outra característica deste equipamento é que a responsabilidade sanitária do NASF é sempre complementar às EAB. Tem sua concretude por meio de trabalho colaborativo, múltiplo e interdependente, no sentido de agregar maior capacidade de análise e de intervenção sobre problemas, demandas e necessidades de saúde, em âmbito individual e/ou coletivo. Produzir potencialmente ações mais abrangentes do que aquelas feitas de maneira segmentada ou uniprofissional também as caracterizam (BRASIL, 2014).

Assim, a organização dos processos de trabalho dos NASF deve priorizar o território sob sua responsabilidade e deve ser estruturada no sentido de privilegiar o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas. Resta evidenciado que tal organização tende a gerar importantes experiências para todos os profissionais envolvidos (BRASIL, 2014).

Há recomendações de que a interdisciplinaridade deve ser evidenciada nas equipes de NASF, de modo que sua principal proposta possa concretizar o propósito de oferecer apoio as EAB por meio de ações conjuntas, com base na criatividade, diálogo e flexibilidade nas práticas de atuação, mas sem deixar de preservar as especificidades de cada área profissional (LOCH NECKEL et al., 2009). Encontra-se ainda a reforçar tal entendimento que o NASF requer dos profissionais que compõem suas equipes o compromisso de atuarem com práticas inovadoras, tendo como premissa a integralidade das ações nas práticas do cotidiano que requerem novas abordagens (CELA; FERNANDES 2015).

O trabalho do NASF é orientado pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial no contexto de à AB. Isso significa, em síntese, uma estratégia de organização do trabalho em saúde que acontece a partir da integração de ESF (com perfil generalista) envolvidas na atenção às situações/problemas comuns de dado território (também chamadas de equipes de referência para os usuários) com equipes ou profissionais de outros núcleos de conhecimento diferentes (BRASIL, 2014).

2.4 PROCESSO DE TRABALHO DO NASF: APOIO MATRICIAL/ MATRICIAMENTO

De modo geral, conforme Chiaverini (2011) os serviços de saúde que compõem o SUS se organizam de maneira vertical, hierárquica, como se carregasse uma certa autoridade entre quem encaminha um caso e quem o recebe, havendo uma transferência desta responsabilidade ao encaminhar. Desta forma o autor salienta que o processo de comunicação entre os dois ou mais níveis hierárquicos ocorre, na maioria das vezes de forma precária, comumente por meio de informes escritos, como solicitações de pareceres, relatórios e formulários de contrarreferência que não são a estratégia mais resolutiva para na maioria dos casos.

O matriciamento ou apoio matricial pressupõe ultrapassar a lógica tradicional dos encaminhamentos burocratizados e pouco dinâmicos, que podem vir a ser atenuados por ações horizontais que integrem os componentes das equipes, bem como os seus saberes nos diferentes níveis assistenciais (CHIAVERINI, 2011). Em outras palavras, o apoio matricial é uma proposta de integração entre equipes de referência, responsáveis pelo cuidado em saúde de uma determinada população, e apoiadores especializados, neste caso o NASF. Todos são profissionais com conhecimentos e habilidades complementares aos da equipe de referência (CAMPOS; DOMITI, 2007).

Assim, tanto o apoio matricial quanto a equipe de referência podem ser considerados arranjos organizacionais, como também metodologia para gestão do trabalho em saúde. Afinal, têm o objetivo comum de ampliar as possibilidades de efetivar a clínica ampliada e a integração dialógica entre distintas especialidades e profissões (CAMPOS; DOMITI, 2007).

A clínica ampliada, por sua vez, pressupõe uma clínica renovada, que embora se utilize de saberes especializados, busca superar a visão fragmentada do sujeito, por meio de intervenções pautadas na interdisciplinaridade e intersetorialidade (SUNDFELD, 2010). Nesse sentido, ampliar a clínica significa perceber as necessidades de cada sujeito e/ou coletivo em cada momento, a partir de suas realidades, de maneira a oferecer novas possibilidades de cuidado (CUNHA, 2012).

Pode-se dizer que o NASF representa uma retaguarda especializada para as equipes de AB. Isso porque desenvolve ações compartilhadas e colaborativas em pelo menos duas dimensões: clínico-assistencial, que se refere a assistência clínica direta aos usuários; e a técnico-pedagógica (BRASIL, 2009).

As ações de apoio técnico-pedagógico do NASF são as práticas voltadas para os profissionais das EAB, e se constituem principalmente nas reuniões de matriciamento. Somam-se a isto, os espaços para a discussões dos casos, em que o conhecimento técnico dos profissionais do NASF consiste em auxiliar na ampliação do olhar e abrangência das ações dos profissionais das EAB (SOLEMAN; MARTINS 2015).

Desta forma, o profissional do NASF inserido na AB, tem a possibilidade de intervir para além de seu núcleo de saber, já que por meio do apoio matricial e das ações compartilhadas com diferentes categorias profissionais, é possível internalizar novos conceitos e práticas de cuidado. Destaca-se ainda que a complexidade das

demandas de saúde da população não consegue serem supridas com base apenas nas tecnologias utilizadas por determinada especialidade, mas requer esforços criativos e interdisciplinaridade (SOLEMAN; MARTINS, 2015).

No entanto, a operacionalização do apoio matricial depende de vários aspectos. Alguns exemplos são a disponibilidade de profissionais qualificados, a organização do processo de trabalho nos serviços, a cultura organizacional, a rede de serviços disponível, entre outros que podem ser citados (OLIVEIRA, 2010).

Para que o apoio matricial seja incorporado no cotidiano de serviços da AB, é necessário que as equipes de NASF e AB invistam nos processos comunicacionais e fomentem espaços coletivos de reflexão e discussão sobre suas práticas. Disto decorrerá o estabelecimento de confiança e respeito, para que consolidem as parcerias necessárias no desenvolvimento do cuidado (BARROS et al., 2015). Resumidamente, espera-se que se dê por concretizada a articulação constante e permanente entre as equipes, respeitado o caráter pedagógico a todo o momento, desde o planejamento das atividades, à execução das ações (CELA; FERNANDES, 2015).

A prática do matriciamento realizado pelas equipes de NASF favorece a mudança de paradigmas na AB, ao propor uma nova lógica de trabalho, que busca desconstruir práticas profissionais enraizadas e com isso, favorecer mudanças importantes na organização do trabalho. A sistematização das reuniões para discussão dos casos contribui para criação de vínculos entre os profissionais e, conseqüentemente, o aprimoramento dos processos de trabalho e a ampliação do escopo das ações desenvolvidas (BARROS et al., 2015).

O processo de trabalho das equipes de NASF deve ser estruturado de maneira que se desenvolvam algumas atividades rotineiras: atendimentos clínicos compartilhados com realização do Projeto Terapêutico Singular (PTS); atendimentos individuais específicos, desde que previamente discutidos e acordados com a equipe referência responsável; grupos e ações coletivas de âmbito comunitário, desenvolvidas de forma articulada com outros setores; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização dos cuidados (BRASIL, 2010).

A função de apoio que deve ser desenvolvida pelas equipes de NASF se dá em duas vertentes: o apoio à atenção integral, que contempla as ferramentas de apoio

matricial, clínica ampliada e o PTS; e o apoio à gestão do cuidado que se refere às ferramentas de pactuação do apoio e o Projeto de Saúde no Território (PST) (BRASIL, 2010).

O PTS compreende um conjunto de sugestões de condutas terapêuticas pactuadas, direcionadas a um sujeito ou família, que objetiva delinear estratégias de intervenção, por meio dos recursos das equipes, do território, da família e do próprio sujeito. A construção do PTS implica na possibilidade de discussões coletivas de um caso e requer a presença e colaboração dos atores envolvidos, profissionais e usuários, e prevê as seguintes etapas: hipótese diagnóstica, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação (OLIVEIRA, 2010).

Todo esse conjunto de ações deve ser acompanhado por um profissional que se torne referência para as equipes e para o(os) usuário(s) envolvido(s), assumindo a coordenação do processo e fazendo a articulação das ações, demandando novas discussões, se necessário. Desta forma, a escolha desse profissional deve ser estratégica, levando em consideração principalmente, a qualidade do vínculo com o(s) usuário(s) e a linha de abordagem escolhida pela equipe (OLIVEIRA, 2010).

Geralmente, em contexto de AB, utiliza-se o PTS nos casos mais complexos, em que a equipe de referência apresenta dificuldades de manejo. Por esta razão a aposta neste dispositivo está na troca de saberes entre as equipes, que objetiva buscar ofertas de ações que provoquem mudanças efetivas nas práticas de saúde e conseqüentemente impactem na saúde da população (OLIVEIRA, 2010).

O PST se refere a criação de uma hipótese diagnóstica, de um plano de tratamento e/ou acompanhamento de um caso, que pode ser um sujeito, família, grupo ou território (CELA; FERNANDES, 2015). A proposta do PST é colocar em prática os pactos estabelecidos pela gestão no momento da implantação do NASF, por meio de parceria com outras instituições (públicas e privadas) do território e dos atores sociais. Se materializa em duas etapas: (a) elaboração do projeto de levantamento de demandas a fim de identificar e justificar a priorização de determinada área vulnerável, com definição de objetivos e identificação dos atores e instituições relevantes para um coletivo de discussão entre ESF e NASF; (b) o planejamento e implementação das ações, incorporando os atores parceiros responsabilizados (usuários, comunidade, setores públicos e privados, entre outros), a partir de um modelo de gestão participativa, priorizando consensos, pactuações, corresponsabilizações, se necessário, reformulações e problematização dos resultados (BRASIL, 2010) .

As atividades com grupo apresentam-se como recurso importante nas práticas de cuidado da AB, que objetivam trabalhar na proposta da educação em saúde frisando o empoderamento, desenvolvimento da autonomia e a corresponsabilização dos usuários. Desta forma, as práticas grupais de educação e saúde na AB podem oportunizar promoção da saúde, a partir do vínculo, acolhimento, escuta, apoio e espaços para reflexão, como exemplos desses grupos, a terapia comunitária, os grupos de convivência, grupos de mulheres, grupos motivacionais, entre outros (BRASIL, 2014).

No contexto de trabalho do NASF, as consultas compartilhadas constituem-se muitas vezes, numa possibilidade de contato pessoal com o usuário; geralmente se fazem presentes na intervenção, pelo menos um integrante da AB e um do NASF, além do usuário e/ou seus familiares. Os atendimentos compartilhados auxiliam no fortalecimento de vínculo preexistente de confiança do usuário com EAB e conseqüentemente com NASF; facilita a comunicação e a coleta de dados por parte do apoiador; permite ao apoiador contato com a realidade do usuário sem a necessidade de estabelecer uma relação terapêutica e oportunizando troca de saberes nos momentos de discussão sobre o caso antes e após o atendimento (BRASIL, 2014).

Também é função do NASF fazer uso de tecnologias de Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia de gestão na qualificação dos trabalhadores (OLIVEIRA, 2010). A EPS é uma política de educação estratégica apontada como perspectiva de aprendizagem no trabalho para as equipes de AB (FORTUNA et al., 2013). Conforme Arruda et al. (2015), a EPS possibilita aprendizagem significativa e estratégica, ou seja, ao se receber uma informação e a ela for atribuído um sentido pessoal, passível de ser contextualizada com a realidade dos sujeitos, esta informação será incorporada.

A intersetorialidade contrapõe o modelo de estruturas setorizadas, que tratam os sujeitos de forma fragmentada com intervenções exercidas solitariamente. Desta forma, busca desenvolver ações integradas com vários setores, reconhecendo que o processo saúde e doença está relacionado com outras políticas como educação, segurança, habitação, assistência social, esportes, cultura, entre outras. Neste sentido, o NASF pode atuar estrategicamente por meio do desenvolvimento de articulação intersetorial, apoio às equipes de EAB, em especial, nos serviços territoriais formais, como os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), os

Conselhos Tutelares, bem como articulação com as redes de apoio social informais (BRASIL, 2014).

Conforme destacam Cella e Fernandes (2015), cabe ao NASF juntamente com a ESF, promover a integração com as redes de atenção de forma intersetorial, para além de uma rede de encaminhamentos. Antes sim, com papel fundamental na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e do diagnóstico da população atendida.

Outro aspecto importante a ser considerado é que as ações do NASF são organizadas e operacionalizadas em espaços no território de abrangência, nas unidades de saúde e parcerias com os centros comunitários e equipamentos das políticas sociais, conforme as diretrizes ministeriais (LIMA; FALCÃO, 2014).

No que se refere à SM, conforme Oliveira et al. (2017), os dados epidemiológicos sobre os transtornos mentais, apontam um cenário que necessita de novas ações em SM para a população. O principal objetivo das ações do NASF na área estratégica de SM é ampliar e qualificar práticas de cuidado aos usuários portadores de sofrimento psíquico, sob a lógica do modelo psicossocial, ou seja, com base no território, nos seus vínculos sociais e culturais, de maneira que os saberes e práticas se articulem à construção de um processo de valorização da subjetividade (BRASIL, 2009).

Desta forma, destaca-se a importância da integração do campo psicossocial no processo operacional da ESF, para ampliação do cuidado em SM (ARAÚJO et al. 2018). Estudos mostram que o NASF, atuando na lógica da desinstitucionalização e da desconstrução de conceitos sobre a loucura, tem cumprido seu papel de articulador para uma rede de cuidados mais integrada, a partir da identificação das necessidades dos portadores de sofrimento psíquico, buscando reinseri-los na sociedade e fortalecer os vínculos familiares (CORREIA et al., 2011; SCHUTEL et al, 2015).

Percebe-se a articulação com a rede de serviços especializados em SM, como os CAPS por exemplo, a partir da lógica do matriciamento, que permite organizar o fluxo de atendimento dos usuários entre os serviços. Ressalta-se a importância da integração entre o NASF, ESF e o CAPS como espaços coletivos de trocas, para discussões de casos graves, construções de projetos terapêuticos singulares compartilhado, intervenções conjuntas entre as diferentes equipes (BRASIL, 2009).

Quanto ao atendimento ofertado pelos NASF nos momentos de crise, Campos e Gama (2010) salientam que os sujeitos passam por diferentes tipos de crises com

diversos graus de vulnerabilidade frente a elas. Segundo os autores, geralmente nessas ocasiões o sujeito encontra-se fragilizado, com sensação de impotência frente ao seu problema, por isso a importância de flexibilidade por parte dos profissionais, da oferta de acolhimento para os casos imprevistos, e de acolhimento nos momentos de crise.

Este conjunto de informações e conhecimentos acerca da constituição, configuração e organização dos NASF pretende situar o tema em relação ao objetivo deste estudo. Importante destacar que o assunto não se esgota neles, ou seja, há muitas produções brasileiras que podem ampliar a compreensão deste equipamento numa perspectiva diferenciada.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Construir uma pesquisa requer fundamentar um percurso metodológico condizente com os objetivos propostos e que possa responder à questão norteadora do estudo. Desta forma segue descritos os procedimentos metodológicos orientadores desta pesquisa.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Para que fosse possível a concretude dos objetivos elencados, se estabeleceu como necessário construir o estudo sob os pilares de uma perspectiva interdisciplinar. Isto porque se tratou de tema incluso na área temática da Saúde Coletiva, cuja justificativa pretendeu atender às recomendações expressas na literatura:

...a evolução do campo da Saúde Coletiva no último século aponta na irreversível direção da complexidade, tanto em termos de produção do conhecimento como de intervenção de estilos de expressão das diferentes disciplinas incluídas no campo. Reduzir essa enorme complexidade a um paradigma único, seja em termos de modelos disciplinares, seja em termos de formas de expressão de sua produção, significa reduzir o campo a uma única dimensão, diminuindo-o e empobrecendo-o nos níveis analisados no trabalho (LUZ, 2009, p. 304).

Levar a efeito a tarefa de perspectivar o estudo ora apresentado a partir do entendimento de Luz (2009) e de outros autores que o mesmo professam representou imergir na tarefa de utilizar os conhecimentos das Ciências Humanas, Ciências da Saúde e das Ciências Sociais à compreensão dos dados coletados. Isto porque pessoas, organizações de trabalho e o fenômeno saúde estão implicados no ambiente de trabalho, no fazer profissional e em todos os processos que caracterizam os NASF.

O desenho do estudo está assim representado: quanto a natureza do estudo, ele se classifica como uma pesquisa de campo, aplicada. Isto porque se pretendeu produzir conhecimento para suscitar possíveis intervenções. No que diz respeito à forma de abordagem do problema, o estudo é considerado quantitativo, pois as informações decorrentes do instrumento de coleta de dados foram classificadas e analisadas por meio de técnicas estatísticas. Em relação aos objetivos, trata-se de

uma pesquisa descritiva, pois se buscou descrever as características do processo de matriciamento em saúde mental praticados pelas equipes de NASF. Para tanto, em termos de procedimentos técnicos, assumiu o design de levantamento (survey) (SILVA; MENEZES, 2005).

3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Em maio de 2016, no portal da Diretoria de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) constava a informação de que havia, no estado, 269 Equipes de NASF. Partiu-se desta informação, para se encontrar o valor da amostragem de equipes participantes, a partir da seguinte fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Onde:

n - amostra calculada

N - população

Z - variável normal padronizada associada ao nível de confiança

p - verdadeira probabilidade do evento

e - erro amostral (5%)

Fonte: SANTOS, G. E. O. *Cálculo amostral*: calculadora on-line. Disponível em: <<http://www.calculoamostral.vai.la>>. Acesso em maio/2016.

Assim, após o cálculo, encontrou-se que a amostra do estudo deveria ser composta por 157 Equipes de NASF.

O Quadro 03, possibilita visualizar o quantitativo de Equipes de NASF por mesorregião que se pretendeu acessar.

Quadro 3. Distribuição do quantitativo de NASF e a amostra proporcional por Mesorregião de Santa Catarina

Mesorregião	Equipes de NASF	Amostra Proporcional
Oeste Catarinense	117	67
Vale do Itajaí	51	30
Norte	17	10
Serra	10	6
Grande Florianópolis	37	22
Sul	37	22
Total	269	157

Fonte: Equipes NASF por Mesorregião: <http://portalses.saude.sc.gov.br/> Acesso em 03 mai.2016.

Dada tais condições definidoras, após um grande esforço oriundo do interesse em acessar a amostra calculada, foram participantes do estudo 157 Equipes de NASF regularmente implantadas no Estado de Santa Catarina nas modalidades NASF 1, NASF 2 e NASF 3. Todavia, cinco instrumentos foram descartados pela incompletude de respostas. Ao final, foram acessadas 152 Equipes NASF, representadas por 263 profissionais de saúde que as integravam.

3.2.1 Critérios de Inclusão e de Exclusão

Os critérios para a inclusão das Equipes de NASF na amostra da pesquisa foram:

- a) Estar regularmente implantada;
- b) Ter mais de um ano de implantação;
- c) Aceitar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os critérios para a exclusão das Equipes de NASF na amostra da pesquisa foram:

- a) A equipe de NASF ter menos de um ano de implantação;
- b) Não aceitar do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- c) Preenchimento incompleto do instrumento de coleta de dados.

3.3 PROCEDIMENTOS DE CONTATO COM OS PARTICIPANTES

Durante o mês de maio de 2016 a pesquisadora entrou em contato com a Gerência Estadual de Saúde, para apresentar a proposta e os objetivos do estudo, bem como solicitar autorização e possível parceria para o desenvolvimento da pesquisa no estado.

Em Florianópolis foi recebida pela Gerente de Coordenação da Atenção Básica – Secretaria Estadual de Saúde (SES/SC), pela responsável das macrorregiões Serra e Grande Florianópolis, e pela responsável da SM da SES/SC. Nesta ocasião, em função do interesse da Secretaria de Estado da Saúde pelos resultados da pesquisa que se pretende desenvolver, se colocaram à disposição para viabilizar os contatos necessários com as equipes de NASF. Além disso, sugeriram levar o projeto para apresentação em reunião de Comissão Intergestores Regional (CIR), ou ainda a participação via Telessaúde Brasil Redes² como método de auxílio à divulgação da pesquisa.

O primeiro contato com as Equipes de NASF foi feito via e-mail com os responsáveis pelas mesmas em cada município. Nesta ocasião lhes foram fornecidas informações sobre a pesquisa, o convite à participação das equipes e identificado o interesse na participação.

Posteriormente, após retorno dos responsáveis que aceitaram o convite, foi enviado um segundo e-mail contendo a síntese do projeto da pesquisa, os objetivos, o problema de pesquisa e demais informações a respeito dos interesses científicos das pesquisadoras. Neste e-mail havia também um convite formal à participação, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o *link* de acesso ao instrumento de coleta de dado, a ser respondido e devolvido em prazo previamente estabelecido e informado aos responsáveis pelas equipes participantes.

² É um componente do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que objetiva ampliar a resolutividade da AB e promover sua integração com o conjunto da Rede de Atenção à Saúde. Podem ter abrangência municipal, intermunicipal ou estadual e deverão estar estruturados na forma de uma rede de serviços, articulando a atuação de Secretarias Estaduais de Saúde, instituições de ensino e serviços de saúde na qualificação das equipes. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_telessaude.php. Acesso em 01/07/2016.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de um questionário com perguntas abertas e fechadas (APÊNDICE 1) criado pelas pesquisadoras e tendo como base o instrumento Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – Núcleos de Apoio a Saúde da Família - AMAQ-NASF. Este instrumento de autoavaliação foi lançado pelo Ministério da Saúde, com o intuito de avaliar o padrão de qualidade dos serviços da atenção básica, caracterizado por buscar a melhoria dos quesitos que englobam os princípios de integralidade, universalidade, equidade e participação social do SUS (BRASIL, 2013).

A ferramenta AMAQ-NASF foi construída seguindo a lógica da AMAQ direcionada para as equipes de atenção básica e a partir de revisão e adaptação da AMAQ-NASF SC, instrumento autoavaliativo desenvolvida em 2012 pelo Núcleo de Telessaúde do estado de Santa Catarina (SANTA CATARINA, 2012). Sua elaboração teve como base os princípios e diretrizes da Atenção Básica conforme Portaria GM/2.488/2011 e também das diretrizes específicas para o trabalho do NASF. Um dos seus principais objetivos é suscitar reflexões sobre as responsabilidades do trabalho dos atores envolvidos (gestão e equipe NASF) com vistas a promover o acesso com qualidade dos serviços oferecidos; além de fomentar a real mudança do modelo de atenção ofertado, com base nas necessidades e satisfação dos usuários (BRASIL, 2013).

O AMAQ-NASF é um conjunto de ações entendidas como estratégicas e potenciais indutoras de mudanças no cotidiano dos serviços. Assim, a partir do panorama obtido por meio do preenchimento do instrumento, as equipes de NASF devem priorizar ações que visem superar os problemas identificados (BRASIL, 2013).

A coleta de dados foi realizada por meio de instrumento *on line*, para se atingir o maior número de equipes, dada sua distribuição no território catarinense e o prazo previsto para a coleta de dados.

É importante registrar que, antes do envio do instrumento de coleta de dados às equipes participantes, foi realizado um pré-teste ou teste piloto com 05 integrantes de diferentes equipes NASF, não computados no quantitativo final de participantes. Isto porque, como refere Yin (2005), esta estratégia é contributiva para se refinar tanto o instrumento a ser utilizado, quanto o processo de aplicação e coleta de dados. O conteúdo dos dados e o procedimento são checados por um determinado grupo de

peças com a intenção de se evitar incompreensões e de verificar a clareza do instrumento.

Após o pré-teste e depois de dada por finalizada esta etapa inicial, foi encaminhado um questionário para todas as equipes de NASF de Santa Catarina, onde os profissionais que realizam matriciamento em SM foram orientados a respondê-lo de maneira coletiva ou individual, conforme configuração de processo de trabalho de cada equipe.

O *link* para acessar o instrumento de coleta foi enviado *on line* para os endereços de e-mail disponibilizados pela SES/SC, via coordenação de AB. As respostas foram registradas pelos próprios participantes eletronicamente.

3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados se deu em ambiente escolhido pelos profissionais das equipes de NASF participantes. Estas receberam orientação para responderem ao instrumento de coleta de dados em conjunto, de maneira interdisciplinar, entre os profissionais que realizam matriciamento em SM. No caso de apenas um profissional da equipe ser responsável por essa prática, este respondeu o questionário de maneira individual. Foi sugerido às Equipes que o questionário fosse respondido durante reunião de Equipe, conforme orientação do Caderno de Atenção Básica 39 - CAB 39/2014 (BRASIL, 2014), que recomenda um espaço de ocorrência periódica para reunião de equipe entre os profissionais que compõem o NASF para articulação, organização e planejamento das ações, por meio de horário protegido nas agendas dos profissionais envolvidos.

3.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados quantitativos resultantes da pesquisa foram analisados por meio de estatística descritiva com o uso do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para Windows. Foram organizados em planilhas para análise das especificidades de cada conjunto de questões.

Por meio de Análise de Conteúdo de Bardin (2006) as respostas às questões abertas (livres) foram tratadas, procedimento que resultou no estabelecimento de 4 categorias. São elas:

a) Organização do trabalho: Cadência, e ritmo, volume e divisão do trabalho, conteúdo da tarefa, relações interpessoais, sistema hierárquico, modalidades de comando, relações de poder, questões de responsabilidade, etc (DEJOURS; ABDOUCHELI 1994);

b) Estrutura física e dimensão técnica: máquinas, equipamentos, ferramentas, instrumentos, conhecimento, capacitação, desenvolvimento, treinamento técnico-operacional (DEJOURS; ABDOUCHELI 1994);

c) Pessoaalidade e subjetividade;

d) Necessidade identificada do NASF.

3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O estudo foi registrado na Plataforma Brasil e encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIPLAC, conforme preconiza a Resolução CNS 466/12. Por meio do TCLE (APÊNDICE 2) encaminhado junto com o instrumento de coleta de dados *on line* os participantes tomaram conhecimento formal e documental das condições de sua participação na pesquisa, ficando explicitado que a devolução do questionário respondido à pesquisadora implica automaticamente no aceite dos termos previstos no TCLE.

O item 9.8 do Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), elaborado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (BRASIL, 2002), informa que no caso de preenchimento de questionário anônimo via e-mail, à semelhança deste estudo, a devolução do questionário preenchido configura o consentimento em participar da pesquisa. Assim, fica dispensada, nesses casos, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Importante destacar, ainda, que o estudo não recebeu qualquer tipo de suporte financeiro e não apresentou, em qualquer de suas fases, conflito de interesse.

Os dados da pesquisa ficaram e ficarão sobre cuidados éticos da pesquisadora, sendo os mesmos mantidos em sigilo e preservados durante cinco anos. O anonimato

dos participantes e das respostas e das informações fornecidas pelas equipes restou garantido em todas as etapas da pesquisa.

O parecer CEP de aprovação do projeto de pesquisa foi emitido em 15 de novembro de 2016 sob o número 1.820.034 (ANEXO 1).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados coletados junto aos participantes são a seguir apresentados e analisados a partir de suas especificidades e em consonância aos objetivos inicialmente propostos.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa 152 equipes de NASF das 08 mesorregiões do estado de Santa Catarina. Isto representa 56,5% do total de equipes atuantes no estado no momento da coleta de dados. Todavia, em razão do não retorno de algumas Equipes e da falta de interesse ou vontade de participação de outras não foi possível garantir a proporcionalidade por macro-regiões do estado inicialmente calculada. Advoga-se contudo, que a não-proporcionalidade não torna menores os resultados apurados.

As equipes participantes estão assim distribuídas no estado de Santa Catarina:

- 25,7% estão situadas do Vale do Itajaí;
- 20,4% no Extremo-Oeste do estado;
- 15,1% no Sul;
- 9,2% na região da Grande Florianópolis;
- 7,9% no Meio-Oeste;
- 7,9% no Nordeste;
- 7,2% no Planalto Serrano; e,
- 6,6% no Norte do estado.

Quanto as modalidades implantadas nos municípios, 40,7% são do tipo NASF1, 23,3% NASF2 e 36% NASF3.

As principais características dos participantes estão apresentadas na Tabela 01, a seguir.

Tabela 1. Distribuição percentual dos participantes, segundo sexo, faixa etária, tipo de vínculo, formação e tempo de atuação (N=263).

VARIÁVEL	PERCENTUAL	VARIÁVEL	PERCENTUAL
SEXO		FORMAÇÃO	
Homens	19,4%	Psicólogos	44,9%
Mulheres	80,6%	Fisioterapeutas	12,9%
IDADE		Nutricionistas	10,6%
20/25 anos	11%	Assistentes sociais	9,1%
26/30 anos	28,2%	Educadores físicos	8,7%
31/35 anos	34,2%	Farmacêuticos	6,5%
36/40 anos	15,2%	Fonoaudiólogos	2,7%
Acima 40 anos	11,4%	Enfermeiros	2,3%
TIPO DE VÍNCULO		Terapeutas ocupacionais	1,1%
Concurso	62,4%	Pediatras	0,8%
Contrato	18,6%	Psiquiatras	0,4%
Processo seletivo	17,1%	TEMPO DE ATUAÇÃO	
Outro	1,9%	até 1 ano	23,6%
		entre 1 e 2 anos	35,4%
		entre 3 e 5 anos	31,9%
		mais que 5 anos	9,1%

Fonte: A Autora, 2018.

Quanto aos dados sociodemográficos, responderam o questionário 263 participantes. Destes 80,6% eram do sexo feminino e 19,4% do sexo masculino. No aspecto idade, 34,2% tinham entre 31/35 anos; 28,2% entre 26/30 anos; 15,2% entre 36/40 anos; 11,4% mais que 40 anos; e 11% entre 20/25 anos. Estes percentuais possibilitam constatar que a maioria dos participantes (62,3%) encontra-se na faixa etária entre 26 e 35 anos de idade.

Os resultados encontrados possibilitam verificar que a maioria dos profissionais que compõem as equipes de NASF de Santa Catarina são do sexo feminino, e isto corrobora os dados apresentados por Haddad (2010) e por Lancman et al. (2013). Depreende-se que o que sustenta tal achado é o aumento da procura de cursos na área da saúde pelas mulheres e a feminização das profissões nesta área (ARAÚJO et al. 2018; MATOS et al. 2013; SANTOS et al., 2015; WERMELINGER et al., 2010). É pertinente considerar que apesar da reconfiguração e das modificações tanto culturais quanto sociais nos papéis atribuídos às mulheres na atualidade, ainda há o predomínio destas nas funções associadas aos cuidados em saúde (MELO; BARBOSA, 2018).

Os participantes representam 11 categorias profissionais, as quais 44,9% são psicólogos, 12,9% fisioterapeutas, 10,6% nutricionistas, 9,1% assistentes sociais,

8,7% educadores físicos, 6,5% farmacêuticos, 2,7% fonoaudiólogos, (2,3%) enfermeiros, 1,1% terapeutas ocupacionais, 0,8% pediatras e 0,4% psiquiatras. Destes 32,3% revelaram ter em seu currículo pós-graduação Lato Sensu em Saúde da Família.

Esses dados corroboram com a pesquisa de Leite et al., (2014) sobre qualidade de vida no trabalho, onde participaram 40 profissionais distribuídos entre as seguintes categorias profissionais: 8 fisioterapeutas, 5 psicólogos, 5 terapeutas ocupacionais, 5 fonoaudiólogos, 4 educadores físicos, 4 assistentes sociais, 3 nutricionistas, 1 farmacêutico, 2 ginecologistas, 1 psiquiatra, 1 geriatra e 1 pediatra. Destes 77,5% eram do sexo feminino, e a média de suas idades foi de 32,4 anos. Quanto a especialização, 30% dos profissionais haviam realizado pós-graduação *latu* ou *strictu sensu* nas áreas de Saúde Pública, Saúde Coletiva ou Saúde da Família.

Quanto as categorias profissionais, em razão do título deste estudo estar relacionado a área da SM, pode ter chamado atenção mais dos profissionais da psicologia, 44,9% dos participantes. No entanto, conforme Brasil (2015), as cinco categorias profissionais que mais aparecem na composição das equipes de NASF do Brasil são fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e educadores físicos (nesta ordem). Além disso, recomenda-se que as equipes de NASF apresentem pelo menos um profissional de SM (psicólogo, psiquiatra ou terapeuta ocupacional) nas equipes mínimas, “tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais” (Ministério da Saúde, 2008, p.2). Em torno de 56% dos profissionais que atuam na atenção básica apontam receber demandas de SM no cotidiano de sua prática (BRASIL, 2009).

Quanto ao tipo de vínculo, 62,4% dos participantes eram concursados, 18,6% contratados, 17,1% haviam passado por processo seletivo e 1,9% possuíam outros tipos de vínculo. Esses dados se assemelham aos resultados da pesquisa de Geraldo e Kamimura (2018) com educadores físicos do NASF do município de Mineiro/GO, pois todos os profissionais haviam prestado concurso público. No entanto, a maioria dos estudos, conforme referido por Aguiar e Costa (2015), Matuda et al. (2015), Oliveira et al. (2017) e Reis e Vieira (2013), revelam vínculo de trabalho por meio de contratações temporárias, o que segundo os autores, fragiliza a atuação na ESF, pois suscita a rotatividade e compromete o vínculo entre os profissionais das equipes NASF e ESF. Além disso, tende a gerar possíveis conflitos pelas diferenças entre os trabalhadores estáveis e instáveis.

A inserção de profissionais nos serviços públicos sem a realização de concurso sinaliza fragilidades na condição de trabalho, já observados no campo das políticas sociais. Isto porque promovem a fragmentação dos serviços e ações, além de promover rotatividade de recursos humanos (SEIXAS, 2009).

Com base nisso, percebe-se que os NASF de SC têm um diferencial positivo quando comparado aos demais estados brasileiros, no que se refere possibilidade de fortalecimento e continuidade das ações de saúde. Sustenta essa afirmativa o fato da maioria dos profissionais (62,4%) gozarem de estabilidade no ambiente laboral.

O tempo de atuação no NASF encontrado entre os participantes foi de 35,4% entre 1 e 2 anos; 31,9% entre 3 e 5 anos; 23,6% até 1 ano e 9,1% mais que 5 anos. Esses dados corroboram os achados de Bonaldi e Ribeiro (2014), Fernandes et al. (2013), Matuda et al. (2015) e Reis e Vieira (2013), onde a maioria dos profissionais do NASF tinham entre um e dois anos de atuação.

Com relação às capacitações profissionais, cerca de 76,4% dos participantes revelam ter participado de cursos relacionados a SM, Saúde da Família ou NASF. Deste quantitativo, 42,9% foram capacitados ou fizeram cursos com foco no NASF; 23,7% na área da SM e 13,4% relacionados a Saúde da Família

Tais resultados possibilitam observar avanços nas equipes de NASF de SC, uma vez que a maioria dos estudos realizados em outros estados mostra o oposto (ANDRADE et al., 2012; AZEVEDO et al., 2014; AZEVEDO; KIND, 2013; LEITE et al., 2013; LIMA; FALCÃO, 2014; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010; RIBEIRO et al., 2015; SOUSA et al., 2015). Nestes, é evidenciada a presença nos NASF de profissionais despreparados para a realidade do cotidiano dos serviços de saúde do SUS, devido a descompassos na formação dos profissionais e falta de capacitação sobre o NASF, o que converge para entraves no processo de trabalho das equipes, principalmente no que se refere às ações coletivas e compartilhadas.

Além disso, os estudos de Aguiar e Costa (2015), Hori e Nascimento (2014) e Perrella (2017) reiteram que a falta de capacitação prévia para ingresso nas atividades do NASF se destaca como fator negativo no desempenho das ações dos profissionais, em razão da falta de informação sobre a proposta do serviço.

A formação dos profissionais vem sendo balizada apenas nos aspectos técnicos das profissões, em detrimento do estímulo para o trabalho compartilhado com profissionais de áreas distintas. No entanto, este fator não isenta os gestores de sua responsabilidade pela educação continuada, fundamentada pelo marco legal da AB

brasileira, que objetiva valorizar os profissionais de saúde incitando-os à busca constante de aprimoramento e aperfeiçoamento de sua formação (ANDRADE et al., 2012; NUNES JUNIOR, VASCONCELOS; ARANTES, 2018).

Conforme as “Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família” (Brasil, 2010) a organização do processo de trabalho do NASF deve ser pautada no compartilhamento de múltiplos saberes e na corresponsabilização, sendo que o apoio matricial traz a proposta de capacitação para a construção de um cuidado compartilhado. No entanto este mesmo documento destaca que grande parte dos profissionais que compõem o NASF não apresenta formação que valorize o trabalho multiprofissional e interdisciplinar.

Foi verificado ainda no estudo de Minozzo e Costa (2013), que os profissionais que atuam na ESF apresentam dificuldades nas abordagens dos pacientes de SM devido ao incentivo na formação para uma perspectiva biomédica e hospitalocêntrica da doença mental e falta de capacitação para um cuidado integral. A este respeito, Nascimento e Oliveira (2010) referem que para que aconteça a prática interdisciplinar na proposta do NASF, é necessária uma revisão crítica acerca dos processos educativos e formativos nos cursos da saúde que vem sendo desenvolvidos pelas Instituições de Ensino brasileiras.

4.2 PROCESSO DE TRABALHO

Os dados a seguir apresentados se referem ao planejamento, organização e operacionalização dos processos de trabalho das equipes de NASF participantes deste estudo, no que diz respeito ao matriciamento em SM.

Tabela 2. Distribuição percentual de equipes NASF que realizam reuniões de trabalho e de percentual de participação dos profissionais que as integram.

REUNIÕES	N	PERCENTUAL
Realizam reuniões periódicas	88	57,9%
Realizam reuniões às vezes	41	27%
Não realizam	23	15,1%
NAS EQUIPES QUE REALIZAM AS REUNIÕES	N	PERCENTUAL
Participação de todos os integrantes do NASF	66	48,5%
Participam todos os integrantes do NASF as vezes	43	31,6%
Não contam com a participação de todos	26	19,2%
Não sabiam responder	01	0,73%

Fonte: A Autora, 2018.

Em relação a reuniões de planejamento encontra-se ainda, que 48,5% das equipes contam com a participação de todos os seus profissionais, à semelhança do que é encontrado no estudo de Matuda et al. (2015). Participam às vezes, 31,6% dos profissionais. Se for considerado o somatório destes dois percentuais, tem-se que a grande maioria (80,1%) das equipes NASF realizam reuniões com um número expressivo de profissionais.

Tabela 3. Distribuição percentual de equipes NASF que realizam de matriciamento em SM e sua periodicidade

REUNIÕES DE MATRICIAMENTO SM	N	PERCENTUAL
Realizam reuniões junto as EAB	71	52,2%
Realizam reuniões às vezes	47	34,5%
Não realizam	16	11,8%
Não sabiam responder	02	1,5%
PERIODICIDADE DAS REUNIÕES	N	PERCENTUAL
Agendam conforme a necessidade	54	46,5%
Mensal	34	29,3%
Quinzenal	16	13,8%
Semanal	12	10,4%

Fonte: A Autora, 2018.

Conforme CAB39 (2014), as equipes de NASF utilizam um espaço de reunião de equipe como um disparador para iniciar as atividades de apoio matricial, comumente chamadas de reuniões de matriciamento. Nestas são realizadas as discussões de casos, pactuadas as intervenções compartilhadas, planejadas as ações e processos de trabalho.

Neste estudo observou-se que 52,2% das equipes de NASF desenvolvem reuniões de matriciamento em SM junto as EAB, buscando ampliar as possibilidades de cuidado integral da vida dos sujeitos, por meio do compartilhamento de saberes (BARROS et al., 2015; SOUSA; TÓFOLI, 2012). Somando-se esse percentual ao de 34,5% das equipes que às vezes realizam reuniões, depreende-se um cenário de avanços acerca da prática do apoio matricial em SM na AB dos municípios de Santa Catarina.

As diversas experiências de apoio matricial em SM na ESF apresentam aspectos relevantes de avanços na integralidade das ações de saúde. Além disto, o NASF foi apontado como um importante arranjo para legitimar essa prática (PASQUIM; ARRUDA. 2013; SILVA JUNIOR, ALVES; COSTA; LIMA, 2015).

No entanto, quanto a periodicidade das reuniões, a maioria das equipes (46,5%) agendam-nas conforme a necessidade, seguidos dos agendamentos mensais (29,3%). É importante considerar que a prática de agendamentos mensais é frequentemente descrita na literatura (ANDRADE et al., 2012; AZEVEDO; KIND 2013). Observa-se, contudo, que não foi possível identificar em vários estudos (ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013; BONALDI; RIBEIRO, 2014; LIMA; FALCÃO, 2014; GOMES; BRITO, 2013; MATUDA et al., 2015; PERRELLA, 2017; TONIN; BARBOSA, 2018) a frequência com que ocorrem os encontros para apoio matricial, apenas há indicação de que são realizados.

Um aspecto que cabe ressaltar, é que, de maneira geral, estes estudos mostram que várias demandas de saúde são trazidas para os espaços de reunião de apoio matricial, sem separação por área. Este fato revela um aspecto promissor de cuidado integral dos sujeitos, sem a fragmentação da SM dos demais cuidados em saúde. Conforme referido em Brasil (2009), o NASF é responsável por nove áreas estratégicas prioritárias: SM, saúde da criança, saúde do adolescente e do jovem, saúde da mulher, reabilitação/saúde integral da pessoa idosa, serviço social, alimentação e nutrição, atividades físicas/práticas corporais, assistência farmacêutica e práticas integrativas e complementares. Todavia, as diretrizes incitam o trabalho em equipe, multiprofissional e interdisciplinar, sem prever funções ou papéis específicos para cada profissional, ou seja, as atividades devem ser compartilhadas e realizadas no coletivo.

Outro aspecto que integra a organização de trabalho dos NASF são as possibilidades de apoio matricial utilizadas. Estas, com maior frequência de respostas

foram: reuniões de matriciamento (43%); discussão de casos entre alguns profissionais, sem a necessidade de reunião (43%); e, 14% referem outras formas de apoio matricial. A Tabela 04, a seguir, possibilita visualizar estes aspectos.

Tabela 4. Planejamento e organização das reuniões de matriciamento e formas de apoio matricial utilizados pelos NASF

PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO DAS REUNIÕES	N	Percentual
São previamente planejadas/agendadas com data e horário conhecido por todos	96	25,2%
O prontuário do paciente é utilizado como ferramenta para discussão dos casos	70	18,4%
É realizado registro de ata das reuniões	65	17,1%
A estrutura física dos espaços é adequada para realização dos encontros	60	15,7%
Há disponibilidade de materiais/equipamentos necessários à sua realização	51	13,4%
Há baixa adesão da equipe de referência	39	10,2%
FORMA DE APOIO MATRICIAL	N	Percentual
Realizam reuniões de matriciamento	102	43%
Realizam discussão de casos entre alguns profissionais, sem a necessidade de reunião	102	43%
Outras formas de apoio matricial	33	14%

Fonte: A Autora, 2018.

Percebe-se que as equipes de NASF que realizam matriciamento junto às EAB, realizam planejamento prévio, verificam a organização de local, a disponibilidade nas agendas e a utilização de recursos como ata e prontuário dos pacientes para discussão dos casos. Esses dados divergem da maioria dos estudos que elencam problemas relacionados à falta de infraestrutura, falta de espaço físico e recursos materiais como aspectos que interferem de maneira significativa no cotidiano do trabalho do NASF e conseqüentemente dificultam a realização das reuniões de matriciamento (LANCMAN et al., 2013; LEITE; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2014; MOLINI-AVEJONAS et al., 2014; SOUSA; OLIVEIRA; COSTA, 2015).

O estudo também revelou que as equipes de NASF utilizam o formato de reunião de matriciamento junto a EAB, conforme verificado em outros estudos (ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013; GOMES; BRITO, 2013; MATUDA et al, 2015; PERRELLA, 2017). Além deste, realizam apoio matricial entre alguns membros sem a necessidade do espaço de uma reunião propriamente dita, algo já constatado na literatura (AGUIAR; COSTA, 2015; FERRO et al., 2014; LIMA; FALCÃO, 2014).

Embora em menor frequência, algumas equipes reconhecem outras formas de oferecer o apoio, as quais não foi dado a conhecer neste estudo.

O processo de matriciamento pode ser materializado nas práticas dos profissionais do NASF, a partir de vários desdobramentos (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2009), como por exemplo, reuniões de matriciamento com apenas alguns profissionais na forma de mini-equipes temáticas que tratam especificamente de SM, ou de saúde da criança, ou de saúde da mulher, entre outros, para atuarem como referência de determinadas demandas (KLEIN; d'OLIVEIRA, 2017). Além das mini-equipes, há discussão junto aos profissionais referência do caso (MATUDA et al., 2015; SOLEMAN; MARTINS, 2015), ou ainda reunião de NASF apenas entre profissionais dos mesmos núcleos de saber (AZEVEDO; KIND (2013).

Percebe-se que o emprego da ferramenta apoio matricial usada de diferentes formas, favorece o melhor aproveitamento dos momentos de discussão dos casos e de aspectos relacionados ao processo de trabalho dos profissionais do NASF.

Tabela 5. Distribuição percentual de profissionais participantes do matriciamento em SM e de profissionais da EAB que apresentavam casos às reuniões.

PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO DAS REUNIÕES	N	Percentual
Psicólogos	117	42,5%
Assistentes sociais	36	13,1%
Fisioterapeutas	29	10,5%
Nutricionistas	27	9,8%
Educador Físico	24	8,7%
Farmacêutico	21	7,6%
Terapeuta Ocupacional	06	2,2%
Psiquiatra	06	2,2%
Fonoaudiólogo	05	1,9%
Enfermeiro	03	1,1%
Pediatra	01	0,4%
PROFISSIONAIS DA EAB QUE APRESENTAM CASOS	N	PERCENTUAL
Enfermeiros	57	30,6%
Agentes Comunitários de Saúde	55	29,6%
Médicos	39	21%
Técnicos de Enfermagem	23	12,4%
Dentista	12	6,4%

Fonte: A Autora, 2018.

Os profissionais participantes deste estudo da equipe NASF que mais realizavam o matriciamento em SM foram assim referidos: 42,5% são Psicólogos, 13,1% são Assistentes Sociais, 10,5% são Fisioterapeutas e 9,8% são Nutricionistas.

Os restantes 24,1% são educadores físicos, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, enfermeiros, psiquiatras e pediatras. E os profissionais da EAB que geralmente trazem casos para discussão no matriciamento em SM são os Enfermeiros (30,6%), os Agentes Comunitários de Saúde (29,6%), Médicos (21%); Técnicos de Enfermagem (12,4%) e os Odontólogos (6,4%).

Psicólogos são profissionais que aparecem comumente em estudos sobre as categorias profissionais que mais participam dos NASF. Pode-se verificar a semelhança deste resultado ao de Hori e Nascimento (2014), onde as categorias profissionais do NASF que realizavam matriciamento em SM eram oriundos da psicologia em maior número, fonoaudiologia, serviço social e terapia ocupacional.

Quanto a participação dos profissionais da ESF, os enfermeiros são os que mais trazem casos, isso porque geralmente atendem o usuário no acolhimento e ficando responsável pelo caso; ou ainda por desempenhar muitas vezes a função de gestor da equipe e com isso a tarefa de conduzir reuniões, conforme assinalado no estudo de SILVA (2013). No que se refere a contribuição dos agentes comunitários de saúde na discussão dos casos, percebe-se que esses profissionais favorecem a comunicação entre os usuários e os demais profissionais da equipe técnica, contribuindo na construção de vínculos e ampliação do acesso, algo consoante ao que é evidenciado no estudo de Sousa e Tófoli (2012).

Na pesquisa de Klein e d'Oliveira (2017), no entanto, todos os profissionais do NASF (não foi possível identificar as profissões) participam das reuniões de matriciamento independente dos casos trazidos.

Os dados coletados possibilitam observar que as principais demandas de SM trazidas para o matriciamento foram em 23,3% os casos relacionados aos transtornos afetivos (depressão, transtornos de humor, entre outros); 17,4% casos de problemas relacionados ao abuso de álcool e outras drogas; 17,1% casos de tentativa ou ideação suicida; 12,4% situações de violência/maus tratos. A Tabela 06, possibilita visualizar esses resultados.

Tabela 6. Distribuição percentual de casos levados ao matriciamento em SM

CASOS LEVADOS AO MATRICIAMENTO EM SM	N	Percentual
Casos relacionados aos transtornos afetivos	105	23,3%
Casos de problemas relacionados ao abuso de álcool e outras drogas	78	17,4%
Casos de tentativa ou ideação suicida	77	17,1%

Segue

Situações de violência/maus tratos	56	12,4%
Situações de Perda e/ou luto	47	10,4%
Casos relacionados ao transtorno neurótico	40	8,9%
Casos relacionados a Esquizofrenia	39	8,6%
Outros	08	1,9%

Fonte: A Autora, 2018.

Observa-se que a demanda de SM da AB é multifatorial, complexa, e o impacto dos determinantes sociais no processo saúde/doença, apresenta relação direta com o sofrimento psíquico demandado pela população e conseqüentemente interferem nos cuidados de saúde (CAMPOS et al, 2011).

Os resultados apurados são semelhantes ao estudo de Klein e d'Oliveira (2017), onde os casos que mais chegavam para matriciamento se referiam a depressão, ansiedade, dependência química, negligência no cuidado com crianças e ausência materna e paterna, violência de gênero, conflitos familiares, luto e queixas escolares. De outro modo, no estudo de Hori e Nascimento (2014) as queixas relacionadas às precariedades econômicas e sociais geradoras de violência no território eram os casos que chegavam para apoio matricial.

Percebe-se que algumas das ações primordiais do trabalho é o apoio matricial, e nas reuniões realizadas entre os membros do NASF e EAB são identificadas as demandas prioritárias para a elaboração de projetos de cuidados específicos, que levem em conta a singularidade de cada situação apresentada (BARROS et al., 2015). Os desdobramentos destas reuniões podem ser materializados preferencialmente de forma compartilhada entre NASF e EAB das quais destacam-se algumas ações: elaboração de PTS, desenvolvimento de grupos, consultas compartilhadas e/ou individuais, educação permanente, articulação intersetorial, entre outros (BRASIL, 2014).

Tabela 7. Distribuição do percentual de equipes *versus* construção do PTS

CONSTRUÇÃO DO PTS	N	Percentual
Constroem as vezes	62	50%
Constroem sempre	32	25,8%
Não constroem	29	23,4%
Não sabiam	01	0,8%

Fonte: A Autora, 2018.

Em torno de 75,8% das equipes de NASF partilham sempre ou as vezes, responsabilidades dos casos matriciados, por meio de construção de PTS, em conjunto com a EAB, geralmente durante a reunião de apoio matricial. Tal achado também é encontrado em outros estudos (BARROS et al., 2015; FERNANDES et al., 2013; LEITE et al., 2013; LIMA; FALCÃO 2014; MATUDA et al., 2015; MOURA; LUZIO 2014, PERRELLA 2017, SOLEMAN; MARTINS, 2015).

De modo contrário, foi identificada ausência da construção do PTS em cerca de 23,4% das equipes, algo que se assemelha aos estudos de Andrade et al., (2012), Ferro et al., (2014). Ribeiro et al., (2015) e Vannucchi e Carneiro Junior (2012). A Tabela 07, dispõe a frequência de respostas a essa questão.

Quanto a reavaliação periódica do PTS cerca de 50% das equipes realizam sempre ou às vezes para alguns casos, 25% não realizam reavaliação, 20,4% raramente fazem. Resultado semelhante ao encontrado no estudo realizado por Azevedo e Kind (2013), que apontou que reuniões posteriores ao matriciamento são programadas entre ESF e NASF para devolutiva do acompanhamento dos casos, rediscussão dos processos e avaliação da necessidade de novos encaminhamentos. De modo contrário, os estudos de Hori e Nascimento (2014), Sousa e Tófoli (2012) e Vannucchi e Carneiro Junior (2012) destacaram que momentos de rediscussão dos PTS não eram previstos entre as equipes.

Conforme destacam Figueiró et al. (2010), monitorar e avaliar os serviços possibilita acompanhar os efeitos das intervenções e favorece a mudança de estratégia caso os encaminhamentos iniciais de cuidado em saúde não respondam as necessidades dos usuários.

Tabela 8. Distribuição percentual de realização de consultas compartilhadas e de apoio/atendimentos nas crises de SM

CONSULTAS COMPARTILHADAS	N	Percentual
Não	55	36,2%
Sim em todas as EAB's	48	31,6%
Sim em algumas EAB's	44	28,9%
Não sabiam	05	3,3%
APOIO/ATENDIMENTO NAS CRISES DE SM	N	Percentual
Sim em todas as EAB's	96	63,2%
Sim em algumas EAB's	26	17,1%
Não oferecem	25	16,4%
Não sabiam	05	3,3%

Fonte: A Autora, 2018.

Cerca de 36,2% das equipes NASF não faz articulação com as equipes referência para realização de consultas compartilhadas, sobre os casos de SM, algo também referido por Ferro et al., (2014), Hori e Nascimento (2014), e Ribeiro et al., (2015). 31,6% das equipes fazem em todas as EAB's, como encontrado por Lima e Falcão (2014) e Soleman e Martins (2015). 28,9% fazem apenas em algumas EAB's e 3,3% não sabiam responder.

Na pesquisa de Azevedo e Kind (2013), os profissionais relataram que consultas, grupos ou visitas domiciliares são realizados de maneira compartilhada entre profissionais do NASF e ESF ou ainda entre os membros do próprio NASF; outra proposta apresentada pelos autores é que as intervenções sejam realizadas em diferentes momentos por profissionais de formações distintas, de maneira que se contemple o compartilhamento dos saberes e integralidade do cuidado.

Cela e Fernandes (2015) encontraram em seu estudo que as consultas compartilhadas acontecem, mas envolvem apenas os profissionais do NASF, não incluem os profissionais da ESF muitas vezes por incompatibilidade de agendas, o que produz uma dinâmica refratária à lógica do apoio matricial.

O presente estudo ainda revela que cerca de 63,2% das equipes NASF oferecem apoio às EAB's no atendimento às situações urgentes e de crise em SM, em todas as EAB's; 17,1% das equipes oferecem apoio às crises em apenas algumas EAB's, 16,4% não oferecem e 3,3% não sabiam.

A pesquisa de Leite, Andrade e Bosi (2013, p. 1177) apontou uma modalidade de atendimento de pacientes em crise, entendida neste contexto "como uma situação em que o sujeito sofre uma ruptura abrupta na vida, extrapolando seus limites de resiliência e adaptação". O serviço é oferecido pelos psicólogos do NASF e estagiários de psicologia e a denominam de plantão psicológico, onde são disponibilizados até cinco encontros em caráter emergencial com objetivo de prevenção e promoção de SM para pacientes ainda não cronificados.

Complementam essa informação Doescher e Henriques (2012) ao referirem que o plantão psicológico é uma intervenção clínica, que busca acolher o sujeito em sua urgência, que se apresenta como uma perspectiva mais generalista, distinta da psicoterapia. Esta proposta se baseia na escuta e disponibilidade do profissional, para criar um espaço de expressão de sentimentos e angústias, com a possibilidade de reorganização psíquica focado em problemas específicos que demandam soluções pontuais.

Na pesquisa realizada por Oliveira et al. (2017), 25% psicólogos do NASF relataram que oferecem o serviço de acolhimento, na proposta de uma intervenção pontual por meio de escuta qualificada para o usuário que demanda algum tipo de 'crise', de maneira que a demanda apresentada não se cronifique.

Percebe-se que as equipes de NASF se organizam conforme a disponibilidade das agendas dos profissionais, bem como das ferramentas que dispõem para realizar intervenções no contexto de crise, conforme os exemplos anteriormente referidos encontrados na literatura.

Tabela 9. Distribuição percentual da realização de grupos ou atividades em SM

GRUPOS/ATIVIDADES SAÚDE SM	N	Percentual
Sim	68	44,7%
Não	64	42,1%
As vezes	16	10,6%
Não sabiam	04	2,6%

Fonte: A Autora, 2018.

Cerca de 44,7% das equipes participantes deste estudo afirmam desenvolver grupos ou atividades relacionadas a SM nos territórios, o que se assemelha a outros estudos já empreendidos (FERRO et al., 2014; HORI; NASCIMENTO, 2010; SOUSA et al. 2015). 42,1% das equipes não realizam tais atividades, 10,6% fazem às vezes, 2,6% não sabiam.

Os grupos desenvolvidos citados pelos profissionais foram rodas de conversa; grupos de apoio, acolhimento, orientação; grupos de depressão, ansiedade, relaxamento; grupos de SM específicos para mulheres, adolescentes, crianças, terapia comunitária e diversas ações com foco na SM, conforme encontrado em outros estudos (BARROS et al, 2015; GOMES; BRITO, 2013; MOURA; LUZIO, 2014; SOLEMAN; MARTINS; 2015).

Segundo Leite et al. (2013), as atividades em grupo possibilitam atingir um maior número de usuários, favorecem a diminuição a demanda de SM dos territórios e fomenta ações interdisciplinares e intersetoriais. Num estudo realizado pelas autoras com psicólogos do NASF que atuavam no município de Juazeiro do Norte/CE encontraram que os profissionais realizam grupos de SM com adolescentes, idosos, grupos psicoeducativos com pacientes que faziam uso inadequado de psicofármacos e intervenções em sala de espera.

Tabela 10. Distribuição percentual dos grupos de SM compartilhados e os profissionais envolvidos

GRUPOS/ATIVIDADES SM COMPARTILHADAS	N	Percentual
Sim	67	44,1%
Não	49	32,2%
As vezes	33	21,7%
Não sabiam	03	2%
GRUPOS/ATIVIDADES SM COMPARTILHADAS	N	Percentual
Convivência/Qualidade de vida	25	13,1%
Atividade física/Caminhada	22	11,5%
Saúde Mental	19	9,9%
Gestantes	18	9,4%
Fisioterapia/Pilates/Dor crônica	15	7,9%
Orientação nutricional/Emagrecimento	15	7,9%
Tema transversal em todas as atividades das UBS	14	7,3%
Ações em datas específicas nas comunidades	11	5,8%
Hipertensos e Diabéticos	10	5,2%
Tabagismo	10	5,2%
Idosos	08	4,2%
Crianças (estimulação/aprendizagem/linguagem)	07	3,7%
Mulheres	05	2,6%
Atividades na escola	05	2,6%
Adolescentes	04	2,1%
Pais	02	1,1%
Yoga	01	0,5%
PROFISSIONAIS QUE REALIZAM ATIVIDADES COMPARTILHADAS	N	Percentual
Psicólogos	64	21%
Fisioterapeutas	39	12,8%
Nutricionistas	31	10,2%
Educadores Físicos	26	8,5%
Assistentes Sociais	23	7,5%
Toda equipe NASF e EAB	22	7,2%
Enfermeiro	21	6,9%
Médico	15	4,9%
Farmacêutico	14	4,6%
Fonoaudiólogo	14	4,6%
ACS	09	2,9%
Técnico de Enfermagem	07	2,3%
Dentista	04	1,3%
Terapeuta Ocupacional	04	1,3%
Psiquiatra	03	1%
Pediatra	03	1%
Geriatra	03	1%
Educador Social	03	1%

Fonte: A Autora, 2018.

Cerca de 44,1% das equipes NASF participantes desse estudo desenvolvem algum grupo ou ação em SM, de maneira compartilhada entre os diversos profissionais, resultados semelhantes foram encontrados no estudo de (FERNANDES

et al. 2013), 32,2% das equipes não compartilham atividades, 21,7% realizam as vezes, em alguns momentos e 2% não sabiam responder.

Os grupos mais citados foram convivência/qualidade de vida 13,1%, atividade física/caminhada 11,5%, SM 9,9%, gestantes 9,4%, Fisioterapia/Pilates/Dor crônica 7,9%, orientação nutricional/emagrecimento 7,9%, esses dados corroboram com os achados em outras pesquisas (HORI; NASCIMENTO, 2014; SOLEMAN; MARTINS, 2015).

Quanto aos profissionais envolvidos, os mais citados foram os psicólogos 21%, fisioterapeutas 12,8%, nutricionistas 10,2%, educadores físicos 8,5%, assistentes sociais 7,5%, toda equipe NASF e EAB 7,2%, enfermeiros 6,9%. Esses dados se assemelham com os achados da pesquisa de Costa et al. (2014), onde os profissionais do NASF que realizavam atividades de grupo articulados com a EAB eram os fisioterapeutas, assistentes sociais e psicólogos.

Os estudos de Moura; Luzio (2014) e Lima; Falcão (2014) revelaram a realização várias ações coletivas por meio de atividades de grupos desenvolvidos pelas equipes de ESF com apoio dos representantes do NASF; dentre os quais foram citados, gestantes, adolescentes, idosos, cuidadores, hipertensos, diabéticos obesidade e saúde do trabalhador.

O mesmo foi encontrado no estudo de Gomes e Brito (2013), onde os grupos de puericultura e grupos para crianças eram realizados por profissionais das equipes de referência (enfermagem, dentista, auxiliar de odontologia e agentes comunitários de saúde) com apoio do NASF, voltados para a prevenção e promoção do desenvolvimento integral da criança.

Na pesquisa de Azevedo e Kind (2013) verificou-se que a prática de grupo é vista pelos participantes como um momento de aprendizagem, e por isso são sempre desenvolvidos por profissionais de categorias diferentes. Destacam que os grupos desenvolvidos pelos psicólogos em parceria com outros membros da equipe, objetivam propiciar espaço para escuta para que a população possa falar de si, de suas vidas, de problemas do cotidiano, sempre de maneira circular valorizando as trocas e o conhecimento de cada um, usuário ou profissional. Os exemplos de grupos citados foram qualidade de vida, estresse, nutrição, dança, postura, entre outros.

A pesquisa de Bonaldi e Ribeiro (2014) revelou que os profissionais da equipe NASF desenvolvem vários grupos, dentre os quais foram citados dança, ginástica localizada, alongamento, grupo de coluna, cinesioterapia, palestras educativas,

atividades de aconselhamento e orientações para os pais. No entanto, o estudo não permitiu identificar se as ações são realizadas de maneira integrada ou individualizada entre os profissionais do NASF; mas mostrou a desarticulação entre as equipes NASF e SF quanto ao planejamento e execução de atividades coletivas.

Oliveira et al. (2017) encontraram em seu estudo que os psicólogos realizam grupos e ações de saúde compartilhados com outros membros da equipe NASF, no entanto encontravam dificuldades de articulação / compartilhamento de atividades coletivas de prevenção e promoção com os profissionais da ESF. Os principais grupos citados foram de idosos, gestantes, adolescentes, hipertensos, diabéticos e usuários de drogas psicotrópicas.

Na pesquisa de Cella e Fernandes (2015) foi possível identificar que a contribuição da ESF se dava por meio de agendamento de local, horário e divulgação do grupo e/ou ação, mas não se fazia presente na elaboração e execução da mesma. Isto se reflete na reprodução de relações hierarquizadas e desarticuladas, que destoam da proposta de compartilhamento de saberes.

Tabela 11. Distribuição percentual de participação das equipes NASF em ações de SM intersetoriais e equipamentos citados

AÇÃO EM SM INTERSETORIAL	N	Percentual
Não	67	44%
Sim	47	31,6%
As vezes	31	20,4%
Não sabiam	07	4%
EQUIPAMENTOS CITADOS	N	Percentual
Escolas	33	32%
CRAS	25	24,3%
CREAS	15	14,5%
Conselho Tutelar	07	6,8%
Reunião Intersetorial com vários equipamentos	07	6,8%
Centro Comunitário	03	2,9%
Secretaria de Assistência Social	03	2,9%
Conselhos	02	1,9%
APAE	02	1,9%
Casa da Cidadania	01	1%
Bombeiro	01	1%
Polícia Civil	01	1%
Polícia Militar	01	1%
Serviço de Psicologia/Universidade	01	1%
Lions	01	1%

Fonte: A Autora, 2018.

Cerca de 52% das equipes participantes desenvolvem sempre ou as vezes alguma ação em SM de maneira intersetorial, em parceria com outros espaços da rede. Os equipamentos mais citados foram: 32% escolas, 24,3% CRAS, 14,5% CREAS, 6,8% Conselho Tutelar e 6,8% Reunião Intersectorial com vários equipamentos da rede. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos (HORI; NASCIMENTO 2014, LEITE et al. 2013, LIMA; FALCÃO 2014, Oliveira et al. 2017, Soleman; Martins 2015) que revelaram a realização de grupos, palestras, ações, entre outros, de maneira intersectorial em parceria com vários serviços, com destaque para a educação, assistência social, segurança, poder judiciário e organizações não governamentais. Em torno de 44,1% das equipes NASF não desenvolvem parcerias intersectoriais e 4% não sabiam.

Bonaldi e Ribeiro (2014) identificaram em seu estudo precária articulação e comunicação com a rede de serviços para planejamento das ações. Nos estudos realizados por Cela e Fernandes (2015), Matuda et al., (2015) e Ferro et al., (2014) destacam como desafios para uma articulação intersectorial, a dificuldade das equipes em compreender a dimensão desta interação; e também a defasagem de serviços na constituição de uma rede, aspectos que podem ser complicadores.

Tabela 12. Distribuição percentual de compartilhamento de casos de SM com a rede e equipamentos citados

COMPARTILHAMENTOS CASOS COM A REDE	N	Percentual
Sim	54	35,5%
As vezes	48	31,6%
Não	43	28,3%
Não sabiam	07	4,6%
EQUIPAMENTOS CITADOS	N	Percentual
CAPS	45	24,5%
CRAS	43	22,9%
CREAS	26	13,9%
Ambulatório Especialidades	20	10,6%
Conselho Tutelar	16	8,5%
Escolas/Educação	11	5,8%
Secretaria de Assistência Social	07	3,7%
Poder Judiciário	04	2,1%
Hospital	04	2,1%
Ambulatório de Saúde Mental/Dependência Química	03	1,6%
Serviço de Psicologia/Universidade	03	1,6%
PAPS	02	1,1%
CMDCA	02	1,1%
Comunidade Terapêutica	01	0,5%

Fonte: A Autora, 2018.

A Tabela 12 possibilita visualizar que 35,5% das equipes participantes responderam afirmativamente quanto a participação na discussão e pactuação sobre critérios e fluxos para atendimento dos casos de SM para o compartilhamento com os demais pontos da rede; 31,6% das equipes participam as vezes, 28,3% não participam e 4,6% não sabiam. Quanto aos equipamentos mais citados os CAPS obtiveram 24,5% das respostas, o CRAS, 22,9%, o CREAS 13,9%; ambulatório de especialidades 10,6% e conselho tutelar 8,5%, algo semelhante aos resultados de Silva et al., (2017).

Percebe-se que os CAPS e os CRAS são os equipamentos da rede de atenção que as equipes de NASF mais realizam articulação para compartilhamento de casos de SM. Os CAPS se constituem em serviços substitutivos de SM, abertos e comunitários do SUS, que oferecem tratamento e acompanhamento clínico para os usuários e seus familiares (BRASIL, 2004). E o CRAS fornece serviços socioassistenciais de caráter protetivo, preventivo e proativo com objetivo de fortalecimento de vínculos familiares e comunitários e ampliação do acesso aos direitos de cidadania, buscando contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários (BRASIL, 2012). Embora sendo alicerçados em políticas públicas diferentes, ambos os serviços atuam tendo por base o território e toda sua complexidade, de maneira que contemple a singularidade de cada usuário.

Assim como os dados encontrados na literatura, Freire; Pichelli (2013) e Silva et al. (2012) reforçam o entendimento de que a ESF identifica as demandas dos casos de SM do seu território e, juntamente com o NASF e CAPS, ou dos recursos existentes no território, elabora as estratégias de intervenção e compartilhamento do cuidado com proposta de clínica ampliada, visando a integralidade dos cuidados.

Tabela 13. Distribuição percentual de realização de diagnóstico de realidade em SM e de construção do PST

DIAGNÓSTICO DE REALIDADE DE SM	N	Percentual
Não realiza	76	50%
Em todos os territórios	28	18,4%
Em alguns territórios	24	15,8%
Não sabiam responder	24	15,8%
CONSTRUÇÃO DO PST	N	Percentual
Não realiza	78	51,3%
Em todos os territórios	27	17,8%
Em alguns territórios	25	16,4%
Não sabiam	22	14,5%

Fonte: A Autora, 2018.

Encontrou-se que 50% das equipes NASF participantes não realizaram análise do diagnóstico de realidade da situação de SM dos territórios de EAB a que são vinculados, conforme achados em outros estudos (BONALDI; RIBEIRO, 2014; RIBEIRO et al., 2015; PERRELLA, 2017). Cerca de 18,4% das equipes realizaram diagnóstico de SM em todos os territórios de abrangência, em conformidade com os resultados encontrados nas pesquisas de AGUIAR; COSTA 2015; FERNANDES et al., 2013; MOURA; LUZIO, 2014. Em torno de 15,8% realizaram diagnóstico de SM em apenas em alguns territórios e 15,8% não sabiam responder.

Quanto a elaboração do PST junto as EAB aos quais são vinculados, no que se refere à SM, em torno de 51,3% das equipes NASF não construíram projeto, a semelhança dos dados apurados por Ribeiro et al. (2015) e Perrella (2017); cerca de 17,8% das equipes NASF realizaram PST em todos os territórios de sua abrangência, como o encontrado em Moura e Luzio (2014); 16,4% realizaram em apenas em alguns territórios e 14,5% não sabiam responder.

Ressalta-se que, para que os profissionais do NASF ingressem na AB e consigam operar nas complexidades das demandas que presentes, torna-se necessário conhecimento prévio sobre as políticas públicas de saúde, perfil epidemiológico, noção de território e rede de cuidados (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

É importante que os profissionais que atuam na AB não se integrem apenas entre equipes, mas também com a comunidade onde atuam. Isto pode ocorrer pela busca de subsídios para melhor interpretação da realidade social do território e, desse modo, desenvolver ações efetivas que impactem na qualidade de vida dos usuários (ARAÚJO, SILVA; SILVA, 2018; CAMPOS JÚNIOR; AMARANTE, 2015).

Zurba (2011) faz uma crítica ao modelo atual do NASF para atuação do profissional da psicologia, uma vez que considera que este precisa apoiar um número elevado de equipes e com isso resta-lhe pouco tempo hábil para conhecer os determinantes históricos de saúde dos territórios, bem como os atores sociais que nele habitam. Segundo a autora, os psicólogos precisam realizar sua prática com conhecimento sobre o território onde o usuário está inserido, para que assim possam traçar uma linha de cuidado na rede de SM.

Com base nesse conjunto de dados depreende-se que, não apenas os psicólogos, mas os demais membros da equipe NASF participantes deste estudo podem ter dificuldades para realizar análise e reconhecimento do território em função

da sobrecarga de agenda e demais atividades. Desta forma, é provável que desenvolvem suas práticas embasadas apenas nas demandas, mas não conseguem atuar a partir dos determinantes sociais de saúde.

Tabela 14. Distribuição percentual de realização de Educação Permanente

EDUCAÇÃO PERMANENTE	N	Percentual
Não	57	37,5%
Às vezes	53	34,9%
Sim	39	25,6%
Não sabiam responder	03	2%

Fonte: A Autora, 2018.

Quanto a educação permanente, 60,5% das equipes participantes desenvolvem esta atividade sempre ou às vezes, junto as EAB, algo referido também nos estudos de Gomes e Brito (2013) e Lima e Falcão (2014). Para 37,5% das equipes NASF não estavam previstas realização de atividades de educação permanente em SM, algo encontrado também nos estudos de Aguiar e Costa (2015) e Andrade et al. (2012), e 2% não sabiam responder.

Os profissionais do NASF, conforme o estudo de Soleman e Martins (2015), realizam educação permanente junto aos profissionais da ESF, geralmente relacionando aos temas de casos que foram discutidos ou ainda assuntos de interesse das diferentes categorias profissionais da ESF e também do próprio NASF. Tais capacitações, defendem os autores, podem ocorrer em espaços formais direcionados especificamente a elas, ou ainda, durante as ações compartilhadas, em que as trocas de saberes acontecem na prática do cotidiano.

Nas pesquisas de Leite et al. (2013) e Sousa et al. (2015), os psicólogos realizavam educação permanente em SM por meio de capacitações junto as EAB. Os autores ressaltam que as intervenções realizadas pelos psicólogos do NASF não atingiram apenas o cunho técnico pedagógico da prática, mas também terapêutico, à medida que os encontros grupais favorecem aos profissionais a socialização de problemáticas comuns e o compartilhamento de estratégias para o enfrentamento das dificuldades do cotidiano no trabalho (LEITE et al, 2013).

Barros et al. (2015) em seu estudo encontraram que, para além das discussões de caso e dos atendimentos compartilhados, o apoio técnico-pedagógico, que baliza o processo de matriciamento, se fez presente em todas as ações desenvolvidas em

parceria com ESF e NASF. Neste sentido Iglesias e Avellar (2018) reiteram que a discussão de casos também contribui para o processo permanente e continuado, como proposta de “capacitação” para todos os profissionais envolvidos.

Em relação ao número de equipes de AB vinculadas aos NASF, cerca de 70,4% das equipes confirmaram que estavam em conformidade com a modalidade implantada no município, de acordo com a legislação vigente; 15,8% apontaram que o número de equipes EAB não estava de acordo com a modalidade implantada e 13,8% não sabiam responder. Os dados transparecem que a maioria dos gestores municipais estão respeitando as normas vigentes de equipes de AB vinculadas a cada tipo de modalidade de NASF.

4.3 ASPECTOS QUE POTENCIALIZAM E/OU FRAGILIZAM O DESENVOLVIMENTO DO MATRICIAMENTO EM SM

No instrumento de coleta de dados havia uma questão aberta formulada aos participantes com a solicitação de que referissem quais aspectos, em sua avaliação, potencializam o desenvolvimento do matriciamento em SM e outra questão que solicitava quais aspectos fragilizavam esse matriciamento.

O conjunto de aspectos referidos representaram 220 respostas. Destas, 103 se referiam à aspectos que facilitam o matriciamento em SM e 117 os que dificultam-no.

A análise destas manifestações possibilitou categorizar as respostas em 4 núcleos: (a) Organização do trabalho; (b) Estrutura física e dimensão técnica; (c) Pessoaalidade e subjetividade; (d) Necessidade identificada do NASF. Os resultados são apresentados nas Tabelas 15 e 16, a seguir.

Tabela 15. Número e percentual referido de aspectos que facilitam o matriciamento

ASPECTOS FACILITAM MATRICIAMENTO	N	PERCENTUAL
Organização do trabalho	45	43,7%
Estrutura física e dimensão técnica	28	27,2%
Pessoaalidade e subjetividade	17	16,5%
Necessidade identificada do NASF	13	12,6%

Fonte: A Autora, 2018.

Os aspectos que facilitam a realização do matriciamento em SM citados em 43,7% dos comentários estão relacionados a organização e processos de trabalho; 27,2% a estrutura física e dimensão técnica, 16,5% a personalidade e subjetividade e 12,6% às necessidades identificadas de apoio do NASF.

São alguns exemplos de citações de aspectos que facilitam o matriciamento em SM associados ao núcleo organização do trabalho:

“Abertura e interesse de ambas as partes (matriciador e matriciado) em realizar o matriciamento.”

“A predisposição dos profissionais a conhecer, e se abrir a prática desse valioso instrumento pela resolubilidade que carrega no trabalho conjunto deixando.”

“Bom relacionamento entre as equipes. Disponibilidade dos equipamentos intersetoriais.”

Quanto ao núcleo estrutura física e dimensão técnica, destacam-se os resultados positivos da prática do matriciamento em saúde mental, conforme as falas a seguir transcritas:

“Resultados/benefícios que o matriciamento em saúde mental trouxe nos últimos anos.”

“Resolutividade dos casos matriciados.”

“Nota-se uma sensibilidade maior nas EABs em relação a saúde mental, apresentam com facilidade casos relacionados a saúde mental.”

No que se refere a personalidade e subjetividade, os profissionais escreveram sobre algumas características que favorecem o matriciamento, tais como:

“Comprometimento das equipes”

“Interesse, seriedade dos profissionais”

“Conscientização das equipes de referência”

Quanto à necessidade identificada de apoio matricial do NASF em SM, apontam-se alguns dos aspectos facilitadores:

“A necessidade que os profissionais da AB têm para atendimentos/acolhimentos dos casos relacionados à Saúde Mental.”

“As equipes precisam trazer os casos pois eles são graves e sempre aparecem novos casos.”

“Os temas relacionados a saúde mental serem bem presentes no dia a dia da unidade.”

Alguns aspectos potencializadores ou facilitadores do matriciamento em SM são encontrados na literatura. Por exemplo:

- O estabelecimento de prioridades, planejamento das ações, diálogo com os gestores (ANDRADE et al., 2012); o diálogo entre a equipe de NASF e ESF (AZEVEDO; KIND, 2013); o trabalho em equipe (AGUIAR; COSTA, 2015; ANDRADE et al., 2012).

- Equipe NASF bem articulada e integrada (ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013; CELA; FERNANDES, 2015).

- Sistematização das reuniões de apoio matricial para discussão de casos como potencializador para criação de vínculos entre as equipes do NASF e AB, e consequentemente aprimoramento dos processos de trabalho (LIMA; FALCÃO, 2014; MACHADO; CAMATTA, 2013).

- Apoio matricial como um importante articulador da rede de serviços, que organizou o fluxo de demandas de SM, favoreceu o trabalho interdisciplinar e sensibilização dos profissionais da AB acerca do sofrimento psíquico (BARROS et al., 2015; TATMATSU; ARAÚJO, 2016).

Percebe-se que as demandas de SM estão presentes no contexto de AB de SC, e tanto a equipe de NASF, quanto EAB parecem ser receptivas e sensibilizadas ao atendimento dos casos. Em síntese, identifica-se que o apoio matricial em SM proporciona resolutividade no cuidado, e apresenta algumas características peculiares. Dentre elas, favorece o trabalho em equipe de maneira interdisciplinar,

promove articulação com a rede, propicia a criação de vínculos e o diálogo entre os profissionais, entre outras.

Tabela 16. Número e percentual referido de aspectos que dificultam a realização do matriciamento

ASPECTOS DIFICULTAM MATRICIAMENTO	N	PERCENTUAL
Organização do trabalho	55	47%
Estrutura física e dimensão técnica	31	26,5%
Pessoalidade e subjetividade	28	24%
Necessidade identificada do NASF	03	2,5%

Fonte: A Autora, 2018.

Quanto aos aspectos que dificultam a realização do matriciamento em SM, 47% dos comentários estavam relacionados a organização do trabalho; 26,5% a estrutura física e dimensão técnica; 24% sobre personalidade e subjetividade; e, 2,5% a necessidade identificada de apoio do NASF.

Alguns dos aspectos que dificultam o matriciamento em SM associados ao núcleo organização do trabalho citados pelos participantes são descritos a seguir:

“Os profissionais do Nasf executarem mais clínica do que atividades específicas do NASF. Ex. Em meu município eu Psicóloga, sou contratada na equipe do NASF mas devido a demanda de atendimentos clínicos e por não haver outro profissional de psicologia na saúde acabo realizando mais atendimento clínico do que matriciamento, Projeto Terapêutico Singular, consultas compartilhadas e atividades de promoção e prevenção a saúde.”

“Supervalorização da gestão por número de atendimentos em detrimento da qualidade do atendimento.”

“Sobrecarga dos profissionais.”

No núcleo ‘estrutura física e dimensão técnica’ os profissionais apresentam os aspectos dificultadores como ‘desabafos’:

“Escuta qualificada que não existe, modelo hospitalocêntrico, medicalização em excesso, lógica do encaminhamento em detrimento ao cuidado compartilhado, aspectos da condição humana que são diagnosticados como doença.”

“A não compreensão de que o matriciamento é uma ferramenta importante; a não compreensão de que a Saúde Mental é um campo interdisciplinar e que por isso, a responsabilidade é de todos.”

“Equipes sem capacitação e disponibilidade em realizar o acolhimento aos usuários com queixas em saúde mental.”

Quanto aos aspectos dificultadores do apoio matricial em SM, associadas ao núcleo personalidade e subjetividade, destaca-se algumas manifestações dos participantes:

“Alguns profissionais da AB ainda resistem a atender demandas da Saúde Mental na Unidade Básica de Saúde.”

“Insegurança dos profissionais matriciados, medo do desconhecido”

“Preconceito ao tema, estigma.”

Relativo ao núcleo necessidade identificada de apoio do NASF, os aspectos apontados como obstaculizantes do matriciamento em SM foram:

“Alta demanda de casos de saúde mental para atendimento”

“Sobrecarga de atendimentos individuais dos profissionais.”

“Demandas por parte da população apenas por medicamentos, exames e consultas individuais (modelo biomédico)”

De maneira geral, os aspectos negativos destacados que dificultam a operacionalização do matriciamento em SM, encontrados na literatura e que guardam alguma semelhança aos achados do presente estudo foram:

- Precarização do trabalho, logística de trabalho truncada devido a estrutura física que limita a atuação por falta de espaços para realização das atividades do NASF (atendimentos, reuniões, grupos, entre outros) (AGUIAR; COSTA, 2015; AZEVEDO; KIND, 2013; BONALDI; RIBEIRO, 2014; LANCMAN et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2017; SOUSA; OLIVEIRA; COSTA, 2015; VANNUCCHI; CARNEIRO JUNIOR, 2012).

- Fragilidades no processo de trabalho, dificuldades de estabelecimento de vínculos institucionais e comunitários devido ao excesso de equipes para oferecer apoio e elevada números de casos que demandam intervenções; dificuldades para cumprir com os outros compromissos devido superlotação da agenda e em alguns

casos insuficiência de veículos para operacionalização do transporte das equipes de NASF (ARAUJO; GALIMBERTTI, 2013; ANDRADE et al., 2012; LEITE; ANDRADE; BOSI, 2013; REIS; VIEIRA, 2013, RIBEIRO et al., 2015)

- Carência de recursos materiais, que variam desde material de consumo até a falta de mobiliário como cadeiras para sentar (AGUIAR; COSTA, 2015; BONALDI; RIBEIRO, 2014; HORI; NASCIMENTO, 2014, LANCMAN et al., 2013; LIMA; FALCÃO, 2014; OLIVEIRA et al., 2017; REIS; VIEIRA, 2013, RIBEIRO et al., 2015; VANNUCCHI; CARNEIRO JUNIOR, 2012). Para driblar estes impasses a maioria dos profissionais utilizava recursos próprios, como celular, computador e até mesmo carro para realização de visitas domiciliares (LANCMAN et al., 2013).

- Escassez de recursos humanos com equipes incompletas, insuficientes condições de trabalho e precariedade de recursos técnicos (BONALDI; RIBEIRO, 2014; COSTA et al., 2014; MACHADO; CAMATTA, 2013).

- Dificuldades em pactuar ações, dialogar, desenvolver atividades de forma consensual entre os membros da equipe NASF e EAB, conflitos devido ao modelo hegemônico de encaminhamentos (ANDRADE et al., 2012; ARAUJO; GALIMBERTTI, 2013; BARROS et al., 2015; COSTA et al., 2014; FERRO et al., 2014; LANCMAN; BARROS, 2011; MATUDA et al., 2015; MOLINI-AVEJONAS et al., 2014; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010; RIBEIRO et al., 2015; SAMPAIO et al., 2012; SILVA et al., 2012; VANNUCCHI; CARNEIRO JUNIOR, 2012).

- Dificuldade de relacionamento interpessoal, falta de entrosamento e comunicação entre os profissionais do NASF e ESF; profissionais do NASF resistentes e desacreditados na proposta do apoio matricial (PERRELLA, 2017).

- Dificuldades de entendimento da EAB sobre a proposta do matriciamento e consequente resistência dos profissionais em aderir a ferramenta de trabalho (BARROS et al., 2015; MACHADO; CAMATTA, 2013; MATUDA et al., 2015, VANNUCCHI; CARNEIRO JUNIOR, 2012).

- Visão invertida sobre o processo de trabalho do NASF, por parte da gestão, que preconizava mais produtividade do que qualidade dos serviços (BONALDI; RIBEIRO, 2014; MACHADO; CAMATTA, 2013; RIBEIRO et al., 2015; VANNUCCHI; CARNEIRO JUNIOR, 2012).

- Descomprometimento da EAB com a corresponsabilização dos casos, repasse de alguns casos para os profissionais do NASF nos corredores, ou por meio de encaminhamento/agendamento ao NASF e aos especialistas, sem preocupação

com a longitudinalidade do cuidado (ANDRADE et al., 2012; ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013, FERRO et al., 2014; MACHADO; CAMATTA, 2013; SILVA et al., 2017; VANNUCCHI; CARNEIRO JUNIOR, 2012).

- O entendimento equivocado de que a SM parece ser responsabilidade de certas áreas de conhecimento como a psicologia e psiquiatria (IGLESIAS; AVELLAR, 2018; KLEIN; d'OLIVEIRA, 2017; RODRIGUES; MOREIRA, 2012). Evitação das atividades de SM propostas pelo NASF, por parte da equipe de referência (SOUSA; TÓFOLI, 2012).

- Precariedade nas ações conjuntas com a rede e supervalorização das práticas de encaminhamentos (FERRO et al., 2014). Dificuldades de atuação no coletivo multidisciplinar e interdisciplinar (ANDRADE et al., 2012). A mão de obra de NASF absorvida para atender demanda reprimida de atendimentos ambulatoriais (MOLINI-AVEJONAS, 2014). A alta rotatividade de profissionais (BONALDI; RIBEIRO, 2014; COSTA et al., 2014). Ausência de capacitação, escassez de serviços da rede (MACHADO; CAMATTA, 2013).

- Incompatibilidade das agendas do NASF e EAB, enquanto para um a prioridade são as ações compartilhadas, para o outro se privilegia número de atendimentos individuais (BARROS et al., 2015; KLEIN; d'OLIVEIRA, 2017; LANCMAN et al., 2013; LANCMAN; BARROS, 2011; MATUDA et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2017; REIS; VIEIRA, 2013).

Quanto aos desafios apontados para operacionalização do apoio matricial, percebe-se que a falta de equipamentos na rede acaba pressionando os profissionais do NASF a dividirem sua carga horária entre atividades de apoio matricial e atendimentos clínicos. Além disso, alguns gestores prezam pelas metas de produtividade, o que acaba sobrecarregando as agendas dos profissionais, supervalorizando o modelo hegemônico de cuidado em detrimento do apoio matricial. Somado a isso antigos desafios se fazem presente, como por exemplo a resistência de alguns profissionais da AB em atender casos de saúde mental, muitas vezes por não se sentirem preparados ou ainda por preconceito.

No entanto, percebe-se um esforço dos profissionais participantes deste estudo em realizar suas práticas conforme as diretrizes ministeriais, buscando organizar seus processos de trabalho de maneira que deem conta de superar os obstáculos apontados.

5 CONCLUSÕES

O presente estudo permitiu conhecer o perfil sociodemográfico dos participantes, bem como tempo de atuação no NASF, formação e cursos de qualificação e processo de trabalho as equipes. Embora a atuação dos profissionais seja incipiente, entre 1 e dois anos, a maioria havia passado por cursos nas áreas de NASF, saúde da família e/ou SM, o que revela um cenário positivo para as equipes de Santa Catarina, na contramão do que revela estudos em outros estados (AGUIAR; COSTA, 2015; HORI; NASCIMENTO, 2014; PERRELLA, 2017). É notório que a qualificação dos profissionais é um dos diferenciais para os resultados positivos deste estudo.

O matriciamento em SM é realizado periodicamente ou as vezes pela maioria das equipes de NASF. Observa-se que, os participantes deste estudo desenvolveram habilidades para intervir nos casos de maneira ampliada, a partir da incorporação de novas práticas e conhecimentos adquiridos nos cursos de qualificações, especializações e também nas vivências e experiências cotidianas de trabalho no NASF. No entanto, o estudo não permitiu avaliar se durante o processo a interdisciplinaridade ocorre de fato.

Os desdobramentos da prática do apoio matricial em SM entre as equipes apoiadoras e de referência foram identificados no uso das demais ferramentas que norteiam o processo de trabalho dos NASF. Identificou-se que, a maioria das equipes discutem casos e elaboram o PTS; e em torno de 50% realizam a rediscussão dos PTS para avaliação dos processos e readequações quando necessário.

A maioria das equipes participa da discussão e pactuação sobre critérios e fluxos para atendimento dos casos de SM compartilhados com a rede, realizam atividades de educação permanente junto as EAB e oferecem atendimento aos usuários em situações de crise.

Cerca de 60% das equipes realizam atendimentos compartilhados junto as EAB; metade das equipes desenvolve algum tipo de atividade em grupo específica de SM e em torno de 65% desenvolve atividades de SM de maneira compartilhada com os demais profissionais. Esses dados mostram o fortalecimento das práticas realizadas de maneira coletiva, conjunta, entre os diversos saberes, na proposta da interdisciplinariedade.

Em torno de 50% das equipes de NASF realizam articulação com a rede para o desenvolvimento de ações em SM, em especial com os CAPS e CRAS. Observa-se que neste aspecto parte das equipes precisam avançar, de maneira a fomentar a comunicação com a rede de serviços para planejamento das ações que visem o cuidado integral em SM da população atendida.

Quanto aos desafios, percebe-se que a maioria das equipes de NASF deste estudo não realiza(ou) diagnóstico de saúde dos territórios adscritos e poucos atuam com a ferramenta PST. Este dado é significativo, no sentido de que os profissionais podem não estar desenvolvendo suas ações com base nos dados epidemiológicos e na realidade dos territórios.

Os profissionais da NASF que mais realizam matriciamento em SM são os psicólogos, seguidos dos assistentes sociais, fisioterapeutas e nutricionistas. Considerando que os determinantes de saúde também são sociais, e de que não se deve fragmentar o conceito de SM do conceito de saúde geral, percebe-se que a SM embora seja uma das nove áreas estratégicas prioritárias preconizadas pelo Ministério da Saúde, perpassa por todas as outras de maneira interdisciplinar. Exemplo disso são as áreas específicas de atuação dos profissionais anteriormente citados, em reabilitação, alimentação nutrição, assistência social. Destaca-se que o caminho inverso também pode ser percorrido.

Muito embora os resultados gerais sejam positivos, o estudo mostrou, nos aspectos que obstaculizam o matriciamento, a resistência de alguns profissionais à sua prática. Deixam transparecer que pouco acreditam ou não acreditam na ferramenta e conseqüentemente não visualizam método melhor do que encaminhar. A inserção do NASF na AB traz em seu bojo a proposta de mudança nos processos de trabalho, e mudar nem sempre é fácil; isso exige esforços extremamente pedagógicos dos profissionais do NASF, para instigar, inspirar e provocar formas menos tradicionais de trabalho em equipe.

Com relação a inserção da psicologia no NASF, considerando a sugestão ministerial, a AB apresentou-se como um vasto campo de intervenção de demandas 'psi', mas o principal desafio do profissional é de desmistificar a proposta de trabalho a partir patologização dos sujeitos, do estigma que a doença mental é responsabilidade dos psicólogos e/ou psiquiatras. Desta forma, torna-se necessário dar visibilidade às práticas voltadas para a promoção da saúde, incentivo a autonomia,

aos projetos de vida dos usuários, juntamente com o compartilhamento dos outros saberes, tal qual as diretrizes que norteiam o NASF.

O NASF apresenta um campo de atuação que se configura de forma inovadora, e por isso, requer uma nova roupagem, uma nova mentalidade por parte dos profissionais, ou seja, torna-se necessário redefinição de suas práticas de intervenção. Isso requer um exercício de abandonar o foco exclusivamente nos fatores biológicos que determinam a saúde, e passar a olhar as condições de vida e saúde da comunidade de maneira integral, tendo como base as especificidades de cada território.

Outros trabalhos que problematizem as questões levantadas, porém não aprofundadas neste estudo, são de extrema relevância para a construção do conhecimento voltado ao campo de trabalho e práticas do NASF.

Acredita-se que as dificuldades apresentadas na literatura acerca das dificuldades de estrutura física e materiais para operacionalização do matriciamento em SM, possam estar presentes nas equipes que compuseram este estudo, no entanto, o que se observa é a flexibilidade e disponibilidade dos profissionais em se adaptar com os recursos que cada serviço, e conseqüentemente o que o território tem para ofertar, de maneira que estes 'entraves' não se tornem impeditivos para a realização das atividades.

De maneira geral, os achados desta pesquisa mostram um cenário de avanços acerca das ações do NASF na SM a partir da ferramenta de trabalho do apoio matricial, que vem aos poucos se lapidando e se consolidando no cotidiano dos serviços de atenção básica de SC.

O "fazer" do NASF ainda não é algo pronto ou acabado, com ações e estratégias definidas, pelo contrário, trata-se de uma prática que está sendo construída sem ser segmentada a um único saber, mas inventadas por vários atores (PERRELLA, 2017).

Importante registrar que essa pesquisa contou com apoio da Secretaria Estadual de Saúde de SC, que disponibilizou o contato dos gerentes das macrorregiões de saúde, bem como o contato dos coordenadores de AB e/ou NASF. No entanto, o prazo da coleta de dados acabou se estendendo mais do que o esperado. Neste viés, no processo de pesquisar algumas dificuldades foram vivenciadas. Uma delas foi o baixo retorno do instrumento de coleta de dados *on line* por parte das equipes. Esse fato exigiu da pesquisadora insistência em articular contatos via e-mail e telefone.

Por fim, este estudo formulou e respondeu a uma pergunta de pesquisa, todavia suscitou outras que aqui ficam registradas como sugestões de novos estudos, como por exemplo: Como se caracteriza e se concretiza a interdisciplinaridade proposta para os processos de trabalho de matriciamento em SM? O matriciamento em SM ainda é algo que se efetiva a partir da ação do psicólogo/psiquiatra ou as demais profissões são também protagonistas do processo? Qual é o impacto das intervenções realizadas por meio do apoio matricial na saúde dos usuários? Quando e como as equipes se valem dos indicadores em SM do território? E, para finalizar, em razão de haver na literatura (MOURA; LUZIO, 2014) recomendação de que experiências exitosas sejam objeto de interesse e de pesquisa, uma vez que a quase totalidade dos estudos já empreendidos são generosos em apontar dificuldades e problemas, seria importante e elucidativo produzir conhecimento sobre as consequências do matriciamento em SM na vida das pessoas que dele direta ou indiretamente usufruem. Recomenda-se pois, estudos que elucidem aspectos positivos que por certo há na lógica e prática dos NASF.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, C. B.; COSTA, N. M. S. C. Formação e atuação de nutricionistas dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 28, n. 2, p. 207-216, abr. 2015.

ANDRADE, L. M. B. et al. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Saúde e Transformação Social**, v.1, n.1, p.18-31, 2012.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YM. Tratado de Saúde Coletiva. 2 ed. – São Paulo: Hucitec, Fiocruz, 2012.

ARAÚJO, E. M. D.; GALIMBERTTI, P. A. A. colaboração interprofissional na estratégia saúde da família. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 25, n. 2, p. 461- 468, 2013.

ARAÚJO, S. C. M.; SILVA, M. L. A.; SILVA, M. W. L. A. Atuação do profissional de SM nos núcleos de apoio à saúde da família: Uma revisão integrativa. **REBES** - ISSN 2358-2391 - (*Pombal – PB, Brasil*), v. 8, n. 1, p. 18-24, jan-mar, 2018.

ARRUDA, M. P.; KUNHEN, M.; OMURA, J. B. Formação Profissional: Educação Permanente como estratégia de reinvenção da prática. In: ARRUDA, M. P.; KUNHEN, M. **O Dia da Gente: Educação Permanente renovando práticas de saúde**. Curitiba: Editora CRV, (2015).

AZEVEDO, N. S.; KIND, L. Psicologia nos núcleos de apoio à saúde da família em Belo Horizonte. **Psicol. Ciênc. Prof.**, Brasília, DF, v. 33, n. 3, p. 520-535, 2013.

BARROS, J. O.; GONÇALVES, R. M. A.; KALTNER, R. P.; LANCMAN, S. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2847-2856, Sept. 2015.

BERTAGNONI, L.; MARQUES, A. L. M.; MURAMOTO, M. T.; MÂNGIA, E. F. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Saúde Mental: itinerários terapêuticos de usuários acompanhados em duas Unidades Básicas de Saúde. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 23, n. 2, p. 153-162, 2012.

BONALDI, A. P.; RIBEIRO, M. D. Núcleo de apoio à saúde da família: as ações de promoção da saúde no cenário da Estratégia Saúde da Família. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 17, n. 2, p. 195-203, abr./jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a **Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n.154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Gabinete do Ministro, 2008. Seção 1, p. 47-50.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 152 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Oficina de qualificação do NASF** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 86 p.

_____. Portaria GM nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a **Revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Portaria GM nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Portaria MS 2488/2011. **Institui a nova Política Nacional de Atenção Básica, revogando a Portaria MS 645/2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Trabalho Social com Famílias do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – Núcleos de Apoio a Saúde da Família (AMAQ-NASF)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.

_____. Núcleo de Apoio à Saúde da Família-Volume 1: Ferramentas para gestão e para o trabalho cotidiano. **Caderno de Atenção Básica, 39**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica. **Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Boletim 1**. Brasília: Ministério da Saúde. Outubro 2015.

CAMPOS JUNIOR, A.; AMARANTE, P. D. C. Estudo sobre práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Primária: o caso de um município do interior do estado do Rio de Janeiro. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 425-435, Dec. 2015.

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.** v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, R. O.; GAMA, C. Saúde Mental na Atenção Básica. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (orgs). **Manual de práticas da atenção básica. Saúde ampliada e compartilhada.** 2 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

CAMPOS, R. O.; et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4643-4652, 2011.

CELA, M.; OLIVEIRA, I. F. O psicólogo no Núcleo de Apoio à saúde da Família: articulação de saberes e ações. **Estudos de Psicologia**, v.20, n.1, p. 31-39. 2015.

CHIAVERINI, D. H. (Org.) **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2011. 236 p.

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; DE ALMEIDA COLVERO, L. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, 2011.

COSTA, J. P.; et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 733-743, dez. 2014.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 961-970. 2011.

CUNHA, G. T. **O conceito ampliado e a transição nas tecnologias de ensino-serviço no SUS: por que precisamos da clínica ampliada.** In Curso de pós-graduação em atenção básica em saúde da família: a clínica ampliada no contexto da atenção primária em saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

DA SILVA, D. M. C. Possibilidades para a educação física em uma unidade de saúde da família no município de São Paulo: um relato de experiência. **Revista Corpoconsciência**, v. 17, n. 2, p. 17-26, 2013.

DALLA VECCHIA, M.; MARTINS, FERREIRA, S. T. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 151-164, mar. 2009.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. Psicodinâmica do trabalho: contribuição da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DOESCHER, A. M. L.; HENRIQUES, W. M. Plantão psicológico: Um encontro com o outro na urgência. **Psicologia em Estudo**, v. 17, n. 4, p. 717-723. 2012
[.http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722012000400018](http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722012000400018)

FERNANDES, T. L.; NASCIMENTO, C. M. B.; SOUSA FOS. Análise das atribuições dos fonoaudiólogos do NASF em municípios da região metropolitana do Recife. **Rev CEFAC**. v.15, n. 1, p. 153-159. 2013.

FERRO, L. F.; et al. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 129-138, 2014.

FIGUEIRÓ, A.; FRIAS, P.; NAVARRO, L. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a práticas das instituições. In: SAMICO, I. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Recife: Medbook, 2010.

FORTES, S.; LOPES, C.S.; VILANO, L.A.B.; CAMPOS, M.R.; GONÇALVES, D. A.; MARI, J.J. Transtornos mentais comuns em Petrópolis-RJ: um desafio para a integração da saúde mental com a estratégia de saúde da família. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 33, n. 2, p. 150-156. 2011.

FORTUNA; C. M.; et al. Educação permanente na estratégia saúde da família: repensando os grupos educativos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 21, n. 4, p. 990-997. 2013.

FREIRE, F. M. S., PICHELLI, A. A. W. S. O psicólogo apoiador matricial: percepções e práticas na atenção básica. **Psicologia: Ciência e Profissão**. v. 33, n. 1, p. 162-173. 2013.

GAMA, C. A. P.; CAMPOS, R. O. Saúde mental na atenção básica-uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 2, p. 110-130, 2009.

GERALDO, D. S. T.; KAMIMURA, Q. P. Avaliação das ações do profissional de educação física no nasf para qualidade de vida em saúde da mulher nas fases de climatério, menopausa e pós-menopausa. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional. G&DR** • v. 14, n. 1, p. 354-376, jan-abr. 2018.

GOMES, J. A.; BRITO, C. M. D. Apoio matricial e terapia ocupacional: uma experiência de abordagem na saúde da criança. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 81-86, 2013.

GRYSCHEK, G.; PINTO, A. A. M. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? **Ciências & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3255-3262, Oct. 2015.

HADDAD, A. E.; et al. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 383-393, jun. 2010.

HORI, A. A.; NASCIMENTO, A. F. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3561-3571, Aug. 2014.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. Os Psicólogos e o Matriciamento. **Psicologia: Ciência e Profissão**. v. 36, n. 2, p. 364-379. 2016.

JUCÁ, V. J. S; NUNES, M. O.; BARRETO; S. G. **Programa de Saúde da Família e Saúde Mental**: impasses e desafios na construção da rede. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 14, n.1, p. 173-182, 2009. 2009.

KLEIN, A. P.; d'OLIVEIRA, A.F.P.L. O “cabo de força” da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**. v. 33, n. 1, p. 2017.

LANCMAN, S.; BARROS, J. O. Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as

interfaces. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 22, n. 3, p. 263-269. 2011.

LANCMAN, S.; GONÇALVES, R. M. A.; CORDONE, N. G.; BARROS, J. O. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**. v. 47, n. 5, p. 968-975. 2013.

LEITE, D. C.; ANDRADE, A. B.; BOSI, M. L. M. A inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1167-1187, dez. 2013.

LEITE, D. F.; NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 507-25, 2014.

LIMA, A. C. S.; FALCÃO, I. V. A formação do terapeuta ocupacional e seu papel no Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF do Recife, PE. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 22, n. 1, p. 3-14, 2014.

LOCH-NECKEL, G.; et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, supl. 1, p. 1463-1472, Oct. 2009.

LUZ, M. T. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas-análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde e sociedade**, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009.

MACHADO, D. K.; CAMATTA, M. W. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a saúde mental e atenção primária à saúde. **Cad Saude Colet**. v. 21, n. 2, p. 224-232. 2013.

MATOS, I. B., TOASSI, R. F. C., & OLIVEIRA, M. C. D. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: Tendências e implicações. **Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social**, v. 13, n. 2, p. 239-244. 2013.

MATUDA, C. G.; PINTO, N. R. S.; MARTINS, C. L.; FRAZÃO, P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2511-2521, ago. 2015.

MELO, A.; BARBOSA, T. M. Atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: o entendimento de profissionais da estratégia de saúde da família de um município catarinense. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 11, n. 2, p. 25-39, 2018.

MINOZZO, F.; COSTA, I. I. Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. **Psico-USF**, v. 18, n. 1, p. 151-159. 2013.

MOLINI-AVEJONAS, D. R.; ABOBOREIRA, M. S.; COUTO, M. I. V.; SAMELLI, A. G. Inserção e atuação da Fonoaudiologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **CoDAS**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 148-154. 2014.

MOURA, R. H.; LUZIO, C. A. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. **Interface (Botucatu)**, v. 18, n. 1, p. 957-970, 2014.

NASCIMENTO, D. G. G.; OLIVEIRA M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n. 1, p. 92-96. 2010.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C.P.B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Caderno de Saúde Pública**. v. 23, n. 10, p. 2375-2384. 2007.

NUNES JUNIOR, J. R.; VASCONCELOS, C. R.; ARANTES, A.C. P. Formação para o trabalho no SUS: um olhar para o núcleo de apoio à saúde da família e suas categorias profissionais. **Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia**, v. 4, n. 7, p. 15-26. 2018.

OLIVEIRA, I. F.; AMORIM, K. M. O.; PAIVA, R. A.; OLIVEIRA, K. S. A.; NASCIMENTO, M. N. C.; ARAÚJO, R. L. The role of the psychologist in NASF: challenges and perspectives in primary health care. **Temas em Psicologia**. v. 25, n. 1, p. 291-304. 2017.

OLIVEIRA, G. N. O Projeto Terapêutico Singular. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Orgs). **Manual de Práticas da Atenção Básica. Saúde Ampliada e Compartilhada**. 2 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra (Suíça): OMS; 2001.

PASQUIM, H. M.; ARRUDA, M. S. B. Núcleo de apoio à saúde da família: Revisão narrativa sobre o apoio Matricial na atenção básica. **Corpus et Scientia**. v. 9, n. 2, p. 34-44, jul./dez. 2013.

PAULON, S.; NEVES, R. **Saúde mental na atenção básica**: a territorialização do cuidado. Porto Alegre: Sulina, 2013. 151p.

PERRELLA, A. C. O cotidiano do psicólogo em um núcleo de apoio à saúde da família: relato de uma experiência. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**. v. 12, n. 1, p. 54-65. 2017.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Estratégia de Saúde da Família. **Diretrizes e Parâmetros Norteadores das Ações dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. São Paulo; 2009. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/esf/diretrizes_nasf.pdf>.

REIS, F.; VIEIRA, A. C. V. C. Perspectivas dos terapeutas ocupacionais sobre sua inserção nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Fortaleza, CE. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**. v. 21, n. 2, p. 351-360, 2013.

RIBEIRO, H. M. C. B.; et al. Representações sociais de profissionais de núcleos de apoio à saúde da família sobre interdisciplinaridade. **Trabalho, Educação e Saúde**. v. 13, n. 2, p. 97-115, 2015.

RODRIGUES, E. S.; MOREIRA, M. I. B. A Interlocação da Saúde Mental com Atenção Básica no Município de Vitória/ES. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 3, p. 599-611, 2012.

ROSA, W. A.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.13, n. 6, p. 1027-1034. 2005.

SAMPAIO, J.; et al. O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. v. 16, n. 3, p. 317-324, 2012.

SANTOS, M. L. M.; FERNANDES, J. M.; SANCHES, V. S.; RIOS, T. A.; KODJAOGLANIAN, V. L. Pouca qualificação e desarticulação com as equipes de saúde da família são as principais dificuldades para o trabalho nos núcleos de apoio à saúde da família em um estado do centro-oeste brasileiro. In: **Convención Salud**,

2015. Disponível em:

<<http://www.convencionosalud2015.sld.cu/index.php/convencionosalud/2015/paper/viewPaper/1841>>. Acesso em 02 ago. 2018.

SCHUTEL, T. A. A.; RODRIGUES, J.; PERES, G. M. A concepção de demanda em saúde mental na Atenção Primária à Saúde &61; The concept of mental health demand in Primary Health Care. **Ciência & Saúde**, v. 8, n. 2, p. 85-93. 2015.

SEIXAS, P. S. **Inserção e atuação profissional do psicólogo no campo das políticas sociais no Rio Grande do Norte**. Dissertação. (Mestrado em Psicologia), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. 155p. 2009.

SILVA, A. T. C. et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos Profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 28, n. 11, p. 2076-2084, 2012.

SILVA, I. C. B.; et al. Processo de trabalho entre a Equipe de Atenção Básica e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v. 12, n. 39, p. 1-10. 2017.

SILVA JUNIOR, A. G. S.; ALVES, M. G. M.; COSTA, M. G. L.; LIMA, R. H. P. Regionalização, integralidade e produção do cuidado no contexto da Estratégia Saúde da Família: pontos para o debate. In: ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A.M.; SOUZA, M. K. B. (Orgs). **Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde**. Salvador: Edufba; 2015. p. 65-88.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4 ed. Florianópolis: UFSC, 2005. 138p.

SOLEMAN, C.; MARTINS C. L. O trabalho do fonoaudiólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) – especificidades do trabalho em equipe na atenção básica. **Rev. CEFAC**, v. 17, n. 4, p. 1241-1253, 2015.

SOUSA, D.; OLIVEIRA, I. F.; COSTA, A. L. F. Entre o especialismo e o apoio: psicólogos no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 474-483, 2015.

SOUSA, M. L. T, TÓFOLI, L. F. F. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária: acesso e cuidado integral. **Cadernos ESP Ceará**. v. 6, n. 2, p. 13-21. 2012.

SUNDFELD, A. C. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis** [online], v. 20, n. 4, p. 1079-1097, 2010.

TATMATSU D. B.; ARAÚJO, A. C. C. Atenção primária e saúde mental: contribuições e potencialidades do apoio matricial. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 24, n. 2, p. 71-79. 2016.

TONIN, C. F.; BARBOSA, T. M. A interface entre Saúde Mental e Vulnerabilidade Social. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 50-68, 2018.

VANNUCCHI, A. M. C.; CARNEIRO JUNIOR, N. Modelos tecnoassistenciais e atuação do psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 963-982, 2012.

ZURBA, M. C. Um lugar para o psicólogo na Estratégia de Saúde da Família: uma proposta política para a consolidação da reforma psiquiátrica no Brasil através da territorialização do psicólogo. In: TOMANIK, E. A.; CANIATO, A. M. P. (Orgs.), **Psicologia Social: desafios e ações**. Maringá: ABRAPSO. 2011. p. 57-75.

WERMELINGER, M.; MACHADO, M. H.; TAVARES, M. F. L.; OLIVEIRA, E. S.; MOYSES, N. N.; FERRAZ, W. A feminilização do mercado de trabalho em saúde no Brasil. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 45, p. 54-70. 2010.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ANEXO

Anexo 1 – Parecer Consubstanciado CEP (Termo de Aprovação)

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Matriciamento em saúde mental praticado pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Santa Catarina **Pesquisador:** LILIA APARECIDA KANAN **Área Temática:**

Versão: 1

CAAE: 61883516.5.0000.5368

Instituição Proponente: Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO

PARECER Número do

Parecer: 1.820.034

Apresentação do Projeto:

Matriciamento em saúde mental praticado pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Santa Catarina

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar como se desenvolve o matriciamento em SM nas equipes de NASF em Santa Catarina.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar as equipes de NASF que atuam em SM.- Identificar as especificidades do matriciamento em SM por mesorregiões de SC.- Conhecer a percepção dos profissionais que atuam nos NASF a respeito de aspectos que potencializam e/ou fragilizam o desenvolvimento do matriciamento em SM.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Estão em acordo com a resolução 466/12

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância social, científica e acadêmica, prevê conhecimento dos profissionais que atuam nos NASFs.

Continuação do Parecer: 1.820.034

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Contemplados.

Recomendações:

Rever cronograma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

O desenvolvimento da pesquisa, deve seguir os fundamentos, metodologia e preposições, do modo em que foram apresentados e avaliados por este CEP, qualquer alteração, deve ser imediatamente informada ao CEP-UNIPLAC, acompanhada de justificativa.

O pesquisador deverá observar e cumprir os itens relacionados abaixo, conforme descrito na Resolução nº 466/2012.

- a) Desenvolver o projeto conforme delineado;
- b) Elaborar e anexar na Plataforma Brasil os relatórios parcial e final;
- c) Apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- d) Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- e) Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- f) Justificar fundamentalmente, perante o CEP ou a CONEP. Interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_778317.pdf	10/11/2016 09:12:13		Aceito
Outros	INSTRUMENTO_CEP.pdf	10/11/2016 09:11:44	LILIA APARECIDA KANAN	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP.pdf	10/11/2016 09:11:15	LILIA APARECIDA KANAN	Aceito
Projeto Detalhado	Projeto_CEP.pdf	10/11/2016	LILIA APARECIDA	Aceito

Continuação do Parecer: 1.820.034

/ Brochura Investigador	Projeto_CEP.pdf	09:11:04	KANAN	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Resposavel.pdf	10/11/2016 09:08:41	LILIA APARECIDA KANAN	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Instituicoes.pdf	10/11/2016 09:08:27	LILIA APARECIDA KANAN	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	10/11/2016 09:06:55	LILIA APARECIDA KANAN	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LAGES, 15 de Novembro de 2016

**Assinado por:
Odila Maria Waldrich
(Coordenador)**

APÊNDICES

Apêndice 1 – Instrumento de Coleta de Dados – Formulário On Line

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

PARTICIPANTE 1

1. Sexo: () masculino () feminino

2. Idade:

() entre 20 e 25 anos () entre 26 e 30 anos () entre 31 e 35 () entre 36 e 40 anos
() mais que 40 anos

3. Profissão: _____

4. Tempo de atuação no Nasf:

() até 1 ano () entre 1 e 2 anos () entre 3 e 5 anos () mais que 5 anos

5. Tipo de vínculo:

() Concurso () Contrato () Processo seletivo () Outro. Qual? _____

6. Possui Especialização em Saúde da Família? () sim () não

7. Já fez algum curso relacionado a Saúde Mental, Saúde da Família ou Nasf?

() sim () não

7.1 Se sim, qual(is)? _____

PARTICIPANTE 2

1. Sexo: () masculino () feminino

2. Idade:

() entre 20 e 25 anos () entre 26 e 30 anos () entre 31 e 35 () entre 36 e 40 anos
() mais que 40 anos

3. Profissão: _____

4. Tempo de atuação no Nasf:

() até 1 ano () entre 1 e 2 anos () entre 3 e 5 anos () mais que 5 anos

5. Tipo de vínculo:

() Concurso () Contrato () Processo seletivo () Outro. Qual? _____

6. Possui Especialização em Saúde da Família? () sim () não

7. Já fez algum curso relacionado a Saúde Mental, Saúde da Família ou Nasf?

sim não

7.1 Se sim, qual(is)? _____

PARTICIPANTE 3

1. Sexo: masculino feminino

2. Idade:

entre 20 e 25 anos entre 26 e 30 anos entre 31 e 35 entre 36 e 40 anos
 mais que 40 anos

3. Profissão: _____

4. Tempo de atuação no Nasf:

até 1 ano entre 1 e 2 anos entre 3 e 5 anos mais que 5 anos

5. Tipo de vínculo:

Concurso Contrato Processo seletivo Outro. Qual? _____

6. Possui Especialização em Saúde da Família? sim não

7. Já fez algum curso relacionado a Saúde Mental, Saúde da Família ou Nasf?

sim não

7.1 Se sim, qual(is)? _____

PARTICIPANTE 4

1. Sexo: masculino feminino

2. Idade:

entre 20 e 25 anos entre 26 e 30 anos entre 31 e 35 entre 36 e 40 anos
 mais que 40 anos

3. Profissão: _____

4. Tempo de atuação no Nasf:

até 1 ano entre 1 e 2 anos entre 3 e 5 anos mais que 5 anos

5. Tipo de vínculo:

Concurso Contrato Processo seletivo Outro. Qual? _____

6. Possui Especialização em Saúde da Família? sim não

7. Já fez algum curso relacionado a Saúde Mental, Saúde da Família ou Nasf?

sim não

7.1 Se sim, qual(is)? _____

PARTICIPANTE 5

1. Sexo: () masculino () feminino

2. Idade:

() entre 20 e 25 anos () entre 26 e 30 anos () entre 31 e 35 () entre 36 e 40 anos
() mais que 40 anos

3. Profissão: _____

4. Tempo de atuação no Nasf:

() até 1 ano () entre 1 e 2 anos () entre 3 e 5 anos () mais que 5 anos

5. Tipo de vínculo:

() Concurso () Contrato () Processo seletivo () Outro. Qual? _____

6. Possui Especialização em Saúde da Família? () sim () não

7. Já fez algum curso relacionado a Saúde Mental, Saúde da Família ou Nasf?

() sim () não

7.1 Se sim, qual(is)? _____

8. A equipe Nasf realiza periodicamente reuniões para planejar, programar e avaliar ações, discutir casos e também processo de trabalho?

() Sim () Não () As vezes () Não sei

8.1 Se sim, nestas reuniões, há participação de todos os integrantes da equipe Nasf?

() Sim () Não () As vezes () Não sei

9. Sua equipe de Nasf realiza reuniões de matriciamento junto às equipes de referência?

() Sim () Não () As vezes () Não sei

Caso sua resposta seja NÃO pule para a questão 16

9.1 Se sim, com que periodicidade?

() Semanal () Quinzenal () Mensal () Conforme a necessidade

9.2 Nas reuniões de matriciamento, com que frequência os casos de Saúde Mental são trazidos?

() Sempre () As vezes () Raramente () Nunca

10. Como são organizadas as **reuniões de matriciamento** em Saúde Mental? Aqui você pode assinalar mais que uma alternativa:

() São previamente planejadas/agendadas com data e horário conhecido por todos.

() Há estrutura física adequada.

() Há baixa adesão da equipe referência.

() Há disponibilidade de materiais/equipamentos necessários à sua realização.

É realizado registro de ata de discussões do(s) caso(s).

Utiliza-se o prontuário do paciente como ferramenta de discussão do(s) caso(s).

11. Quais formas de matriciamento sua equipe de Nasf utiliza?

Reuniões de matriciamento

Discussão de casos entre alguns profissionais sem a necessidade de reunião

Outras formas

12. Quais profissionais da sua equipe Nasf realizam matriciamento em Saúde Mental?

13. Quais profissionais da EAB (Equipe Atenção Básica) geralmente trazem casos para discussão no matriciamento em saúde mental?

Agente Comunitário de Saúde

Técnico de Enfermagem

Enfermeiro

Médico

Dentista

Nenhum profissional traz

14. Assinale até 3 alternativas identificando as principais demandas de Saúde Mental que são trazidas para o matriciamento:

Problemas relacionados ao abuso de álcool e outras drogas

Casos relacionados a Esquizofrenia/Psicose

Casos relacionados ao Transtornos Afetivos (depressão, transtornos de humor, entre outros)

Casos relacionados aos Transtornos neuróticos (pânico, obsessivo compulsivo, estresse pós traumático, entre outros)

Situações de violência/maus tratos

Tentativa ou ideação suicida

Situações de perdas/luto

Outras

15. Sua equipe Nasf juntamente com a EAB elaboram o PTS (Projeto Terapêutico Singular) dos casos matriciados?

Sim Não As vezes Não sei

16. Sua equipe de Nasf participa da discussão e pactuação sobre critérios e fluxos para atendimento dos casos de Saúde Mental na Atenção Básica?

Sim Não As vezes Não sei

17. O Nasf participa da discussão e pactuação sobre critérios e fluxos para atendimento dos casos de Saúde Mental para o compartilhamento com os demais pontos da rede?

Sim Não As vezes Não sei

17.1 Se sim, quais são os equipamentos da rede mais utilizados? _____

18. A EAB e seu Nasf realizam reavaliação periódica dos resultados das intervenções do PTS dos casos matriciados?

Sim, sempre Sim, mas apenas de alguns casos Não, nunca Raramente
 Não sei

18.1 E dos casos não matriciados?

Sim, sempre Sim, mas apenas de alguns casos Não, nunca Raramente
 Não sei

19. A equipe Nasf discute periodicamente com as EAB os casos de Saúde Mental acompanhados?

Sim Não As vezes Não sei

20. A equipe Nasf desenvolve algum grupo ou ação em Saúde Mental, específico de núcleo de saber?

Sim Não As vezes Não sei

20.1 Se sim, quais? _____

21. A equipe Nasf desenvolve algum grupo ou ação em Saúde Mental, compartilhada entre diversos saberes/ profissionais?

Sim Não As vezes Não sei

21.1 Se sim, quais atividades/ação? _____

21.2. E quais os profissionais envolvidos? _____

22. Sua equipe Nasf desenvolve alguma ação em Saúde Mental de maneira intersetorial, em parceria com outros espaços da rede? Sim Não As vezes Não sei

22.1 Se sim, quais os equipamentos envolvidos? _____

23. A equipe Nasf desenvolve educação permanente sobre Saúde Mental junto as EAB?

Sim Não As vezes Não sei

24. A equipe Nasf realiza análise do diagnóstico de realidade da situação de Saúde Mental dos territórios de EAB a quem são vinculados?

Sim, em todos os territórios de abrangência de sua equipe

Sim, mas em apenas alguns territórios

Não

Não sei

25. A equipe Nasf realiza/realizou Projeto de Saúde no Território das EAB aos quais são vinculados, no que se refere à Saúde Mental?

- Sim, em todos os territórios de abrangência de sua equipe
 Sim, mas em apenas alguns territórios
 Não
 Não sei

26. A(s) equipe(s) referência faz(em) articulação com o Nasf para realização de consultas compartilhadas sobre os casos de Saúde Mental?

- Sim, em todas as EAB's
 Sim, mas em apenas algumas EAB's
 Não
 Não sei

27. A equipe NASF oferece apoio às EAB no atendimento às situações urgentes e de crises em Saúde Mental?

- Sim, em todas as EAB's
 Sim, mas em apenas algumas EAB's
 Não
 Não sei

28. O número de equipes de AB vinculadas ao seu Nasf está de acordo com a modalidade implantada em seu município, conforme a legislação vigente?

- sim não não sei

29. Na sua opinião, quais aspectos facilitam a realização do matriciamento em saúde mental:

30. Na sua opinião, quais aspectos dificultam a realização do matriciamento em saúde mental:

31. Para qual região de saúde pertence sua equipe de Nasf?

- Sul Planalto Serrano Grande Florianópolis Vale do Itajaí
 Nordeste Norte Meio-Oeste Extremo-Oeste

32. Qual é a modalidade de seu Nasf?

- NASF 1 NASF 2 NASF 3

Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com o responsável pela pesquisa. Obrigado(a) pela atenção, compreensão e apoio.

Eu, _____, residente e domiciliado _____, portador da Carteira de Identidade, RG _____, nascido(a) em ____/____/_____, concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário da pesquisa “Matriciamento em saúde mental praticado pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Santa Catarina.” Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

1. O estudo tem a finalidade de analisar como se desenvolve o matriciamento em Saúde Mental (SM) nas equipes de NASF em Santa Catarina.). Especificamente pretende-se (a) caracterizar os profissionais que atuam nas equipes de NASF em SM; (b) examinar o processo e a organização do trabalho nos NASF em sua relação com o matriciamento em SM; e, (c) conhecer a percepção dos profissionais que atuam nos NASF a respeito de aspectos que potencializam e/ou fragilizam o desenvolvimento do matriciamento em SM.
2. Esta pesquisa é importante de ser realizada pois visa produzir um conhecimento mais preciso dos contextos em que inserem e se desenvolvem o apoio matricial em saúde mental, feitos pelas equipes de NASF em SC, podendo identificar limitações que comprometam a atenção integral aos sujeitos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como suas potencialidades. Deste modo, a relevância científica deste estudo, se faz presente, dada a incipiência desta Política Pública de Saúde, e poderá contribuir no planejamento e à estruturação da mesma, visando atingir maior eficácia no cuidado ofertado, buscado fomentar reflexões sobre processo de trabalho individual versus trabalho em equipe, além de redimensionar novas propostas de ações no que se refere a SM na AB.
3. Os participantes do estudo serão os profissionais de saúde que integram as equipes de NASF regularmente implantadas em SC, nas modalidades de NASF 1, NASF 2 e NASF 3.
4. Quanto ao procedimento de coleta de dados será feito contato com os participantes via email, onde serão fornecidas informações sobre a pesquisa, síntese do projeto da pesquisa contendo os objetivos, o problema de pesquisa e demais informações a respeito dos interesses científicos da pesquisadora e o convite à participação das equipes e um convite formal à participação, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como um link de acesso ao instrumento de coleta de dados que será um questionário on line.

5. A pesquisa não apresentará qualquer risco de ordem física para os participantes, entretanto poderá ocasionar desconforto psicológico, uma vez que propõe uma reflexão sobre seu cotidiano de trabalho. Caso isso venha acontecer, a pesquisadora deverá ser informada e fará os devidos encaminhamentos para os serviços da rede SUS que oferecem este tipo de suporte, sem ônus para os participantes.

6. A pesquisa é importante de ser realizada pois possibilitará aos participantes refletir sobre como desenvolve o matriciamento em saúde mental pelas equipes de NASF, e desta forma, poderá trazer novas possibilidades e estratégias no processo de trabalho.

7. Se, no transcorrer da pesquisa, os participantes tiverem alguma dúvida ou qualquer necessidade, podem acionar a Professora Orientadora Dra. Lilia Aparecida Kanan (49) 3251-1145, e-mail lilia.kanan@gmail.com, ou no endereço Av. Castelo Branco, 170, bairro universitário, Lages/SC – CEP 88 509 900.

8. Os participantes terão a liberdade de não participar ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação, sendo que a desistência não causará nenhum prejuízo aos mesmos.

9. As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e; em caso de divulgação em publicações científicas, os dados pessoais dos participantes não serão mencionados.

10. Caso desejarem os participantes, poderão tomar conhecimento pessoalmente dos resultados ao final desta pesquisa com a doutora orientadora Lilia Aparecida Kanan (49) 3251-1145, bem como com a mestrandia pesquisadora Patricia Pereira da Silva (49) 99815-0527.

DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse. Lages, _____ de _____ de _____

(nome e assinatura do sujeito da pesquisa e/ou responsável legal)

Responsável pelo projeto: Dra. Lilia Aparecida Kanan
Endereço para contato: UNIPLAC – Programa de Mestrado em Ambiente e Saúde.
Av. Castelo Branco, 170, Cep: 88.509-900, Lages/SC
Telefone para contato: (49) 3251-1145 –
E-mail: lilia.kanan@gmail.com,

CEP UNIPLAC

Endereço: Av. Castelo Branco, 170 – Bloco I - Sala 1226. Bairro Universitário Cep: 88.509-900, Lages-SC (49) 3251-1086 - Email: cep@uniplaclages.edu.br e cepuniplac@gmail.com