

A EFETIVAÇÃO DO MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL DO NASF DE ARARANGUÁ¹

Marta Viviana Bonotto²

Resumo: O motivo deste estudo foi avaliar a efetivação do matriciamento em Saúde Mental junto as ESFs – Estratégia de Saúde da Família de cobertura do NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família, no município de Araranguá. Para tanto, foi realizado uma pesquisa qualitativa com estudo exploratório onde se busca identificar a compreensão dos profissionais da Atenção Básica sobre a temática do matriciamento. As questões norteadoras foram desenvolvidas sobre as atividades periódicas relacionadas ao ESF, NASF, enfatizando a execução do matriciamento em Saúde Mental, suas ações, encaminhamentos e efetividade no que trata os atendimentos relacionados aos indivíduos e ao coletivo, bem como para a própria equipe, que trabalha na Atenção Básica.

Palavras chaves: Atenção Básica. Política de Saúde. Matriciamento. Núcleo de Apoio de Saúde da Família.

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde tem avançado positivamente desde sua criação pela constituição de 1988. Um dos avanços visíveis é ampliação do número das equipes de Estratégia de Saúde da Família em todo Território Nacional. A Atenção Primária à Saúde (APS) é um conjunto de ações desempenhadas pela Saúde da Família, sendo um conjunto complexo de intervenções buscando obter resultados positivos sobre a saúde e a qualidade de vida da população. À Atenção Primária à Saúde deve ser realizada por profissionais das diversas áreas para que se tenha uma ação mais eficaz e resolutiva. Profissionais da área da saúde bem como de outros campos de conhecimentos como cultura, assistência social, gestão, esporte lazer, etc., que compreende a uma atenção permanente e interdisciplinar e de intersetorialidade.

¹ Artigo apresentado como trabalho de conclusão de curso de Pós-graduação em Educação e Direitos Humanos: Escola, Violência e garantia de Direitos, da Universidade do Sul de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

² Acadêmica do curso de Pós-graduação em Educação e Direitos Humanos: Escola, Violência e garantia de Direitos, da Universidade do Sul de Santa Catarina. E-mail: m-bonotto@ig.com.br

Portanto o Programa de Saúde da Família (PSF) constitui se numa estratégia onde prioriza ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua. A atenção é centrada na família percebida e entendida em seu ambiente físico e social, possibilitando às equipes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e educação não meramente curativas. Desta forma dentro do conceito que distinguem o que se chama de práticas e ações em saúde da família encontramos o que podemos definir como Atenção Primária a Saúde e/ou Atenção Básica. A Atenção Básica é um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, tratamentos e a reabilitação (PNAD, 2006) enquanto estratégia das ações municipais de saúde é concebida como ordenadora do sistema loco-regional, integrando os diferentes pontos que compõe e definindo um novo modelo de atenção à saúde. Princípios ordenadores Acessibilidade, Longitudinalidade, Coordenação e Resolubilidade (PNAD 2006). Com as Unidades Básicas de Saúde instaladas mais perto onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem tem um papel fundamental na garantia ao acesso a uma atenção à saúde de qualidade. Deve ser o contato preferencial dos usuários do Sistema Único de Saúde sendo a principal porta de entrada e o centro de comunicação em toda a Rede de Atenção a Saúde. Portanto é fundamental que ela se oriente pelos princípios de universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Assim a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) atualizou conceitos e introduziu elementos para direcionar a Atenção Básica reordenando a Rede de Atenção com a inclusão de equipes, além dos diversos formatos das equipes de Saúde da Família (ESF), equipes de Atenção Básica (EAB), Consultório de Rua, Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), Academia de Saúde, Melhor em Casa e outros. Os Núcleos de Atenção a Saúde da Família (NASF) foram criados através da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 do Ministério da Saúde com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica ampliando sua abrangência e resolubilidade. Sendo equipes multiprofissionais que trabalham de forma integrada às equipes de Saúde da Família. O NASF propõe um atendimento

interdisciplinar sendo fundamental a integração dos profissionais a fim de operacionalizar um atendimento mais amplo superando a fragmentação, através do processo participativo criando assim propostas viáveis para melhorar a qualidade dos serviços respondendo as reais necessidades dos usuários, sendo que a lógica do trabalho do NASF deve ser o de apoio matricial.

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar a retaguarda especializada ao usuário, a equipe e aos profissionais da Atenção Básica. O apoio matricial apresenta as dimensões de suporte que são: Dimensão assistencial que vai produzir uma ação clínica direta. Dimensão técnica pedagógica que visa o apoio educativo com a equipe e para a equipe. As dimensões podem se misturar diversos momentos. Assim, dentro da lógica do matriciamento o NASF trabalha a clínica ampliada e com equipe multiprofissional para o cuidado integral do usuário da Atenção Básica que nos leva a questionar: Como vem se efetivando o matriciamento em Saúde Mental realizado pelo NASF no município de Araranguá\ SC no ano de 2015. Para conhecermos a efetividade do matriciamento em Saúde Mental foi realizado o conhecimento da organização, bem como os serviços existentes voltados a Saúde Mental do município, as atribuições de suporte do NASF e sua execução, relacionando-o, junto ao programa de Saúde da Família. Em um segundo momento, analisamos os avanços e fragilidades no processo de organização do matriciamento em Saúde Mental.

Quanto à metodologia, foi realizada pesquisa qualitativa que analisou a estrutura da Rede Básica de Saúde/ESF e NASF do município de Araranguá, que é um dos 15 municípios que compõe a região da AMESC- Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense. Conforme senso do IBGE/ 2012 Araranguá conta com uma população em torno de 62 mil habitantes e foi um dos primeiros municípios do extremo sul a incluírem o NASF na Atenção Básica. O estudo exploratório buscou identificar a compreensão dos profissionais da Atenção Básica sobre o matriciamento no município através do método dedutivo. Com relação à área de abrangência, foi considerado o universo de 15 unidades de saúde/ESF, sendo selecionada uma amostra intencional de nove unidades, que são de cobertura do NASF. Foi aplicado um questionário com perguntas abertas e fechadas, onde foram entrevistados todos os (as) enfermeiros (as) que atuam nas Estratégias de Saúde da Família que participam diretamente das reuniões de matriciamento. Durante

entrevista foram abordadas questões enfatizando o matriciamento em saúde Mental e suas ações, correlacionando com outros dispositivos existentes no município bem como, sua organização e efetividade. Após coleta de dados, estes foram analisados, sistematizados e interpretados.

2. ATENÇÃO BÁSICA: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

A promoção da saúde estando intimamente relacionada à vigilância a saúde e a um movimento de crítica a medicalização do setor supõe uma concepção que não restrinja a saúde ausência de doença, mas que seja capaz de atuar sobre seus determinantes ao incidir sobre as condições de vida da população, extrapolando a prestação de serviços clínicos assistenciais com a pressuposição de ações intersetoriais que envolvam a educação, o saneamento básico, a renda, o trabalho, o acesso a bens e serviços essenciais e ao lazer, entre outros determinantes sociais da saúde. (SICOLI; NASCIMENTO, 2003).

Neste sentido, foi a partir da década de 1980 que o conceito de promoção da saúde foi introduzido oficialmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e a discussão neste setor, por tanto, ganhando assim espaço no campo da saúde pública e criando subsídio para a organização de importantes conferências internacional sobre a promoção da saúde. A promoção da saúde é aqui entendida como estratégia de desenvolvimento de ações políticas, econômicas, sociais e ambientais que visam uma última análise, a transformação social na direção de uma melhor condição e qualidade de vida de todos os cidadãos. Nestes termos ela é vista como um meio de resgatar a cidadania, assumida como transformação do indivíduo em sujeito de ação e de direito. (SPERANDIO Et. al, 2004).

Assim o Programa Saúde da Família (PSF) desponta como estratégia de promoção a saúde, orientada pela lógica da territorialização, da vinculação, da responsabilização pelo olhar integral sobre o ambiente em suas dimensões sociais e culturais, onde estão inseridas as famílias e os indivíduos. Nesta lógica as ações devem extrapolar o eixo curativo do modelo tradicional e buscar a promoção da saúde e conseqüentemente qualidade de vida de sua clientela.

Desta forma o Programa de Saúde da Família constitui em:

Priorizar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes de forma integral e contínua. Seu objetivo é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição do modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, estendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e das necessidades de intervenções que vão além das práticas curativas. (BRASIL, 2000, apud SANTANA, CARMAGNANI, 2001, p. 49).

Starfield (2002, p. 31), na sua concepção, define atenção primária como:

Aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a ação fornecida em algum outro lugar ou por terceiros.

Para Vuori (1985 apud STARFIELD, 2002), a Atenção Primária a Saúde (APS) tem como objetivo a saúde, integrando prevenção, assistência e cura; como conteúdo, a promoção da saúde e a atenção continuada e integral; como base organizacional, os médicos generalistas ou de família, além de outros profissionais de saúde integrados em uma equipe; e como responsabilidade, a colaboração.

É interessante observar que a utilização, pelo Ministério da Saúde, do termo Atenção Básica para designar Atenção Primária, apresenta-se como reflexo da necessidade de diferenciação entre a proposta do PSF e a dos cuidados primários de saúde, interpretados como política de focalização e como atenção primitiva à saúde. Dessa maneira, criou-se no Brasil uma terminologia própria, importante naquele momento histórico. Atualmente, alguns autores já vêm utilizando a terminologia internacionalmente reconhecida de Atenção Primária (MENDES, 2002).

Os Secretários Estaduais de Saúde definiram essa terminologia como a mais adequada, adotando o conceito descrito abaixo:

Atenção Primária à Saúde é um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território processo) bem

delimitados, pelas quais essas equipes assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde das populações de maior frequência e relevância. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social (BRASIL, 2004, p. 4)

A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade e na integralidade de sua inserção sócio-cultural, e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. Tem a Saúde da Família como estratégia para a sua organização, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde, através de norma recente (BRASIL, 2006a) reforçou os fundamentos da APS, indicando como finalidades da atenção básica possibilitar o acesso universal e contínuo; efetivar a integralidade; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; valorizar os profissionais de saúde através de sua formação e capacitação; realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados; e estimular a participação popular e o controle social.

O PSF configura-se como o maior programa assistencial desenvolvido em escala em todo o Brasil, carregando enorme potencial para estruturar, de forma consistente, a APS em nosso país (ALEIXO, 2002).

No Brasil, a prioridade dada à Atenção Básica representa um grande esforço para que o sistema de saúde torne-se mais eficiente, consolide vínculos entre os serviços e a população e contribua para a universalização do acesso e a garantia da integralidade da assistência (BRASIL, 1999). As unidades de saúde, reorganizadas de acordo com os princípios da Saúde da Família, passam a ser responsáveis pelo acompanhamento permanente da saúde de um número determinado de indivíduos e famílias que moram no espaço territorial próximo, gerando vínculo de compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população.

Com a reforma do modelo assistencial deseja que o acesso aos serviços de saúde deixe de ser centrado na existência de doença, de um diagnóstico de lesão orgânica, do atendimento hospitalar, da demanda espontânea aos serviços,

para usar mais racionalmente os cuidados em unidades básicas e na rede ambulatorial. Trata-se, pois, da substituição de práticas caras, simplistas, limitada e sem continuidade de cuidados, por uma visão racionalizada do trabalho, amparada por uma melhor capacidade de resolver problemas, que busca antecipar-se à doença, tanto pela educação, quanto pela promoção de saúde, tornando a APS, portanto, mais econômica e efetiva. O Ministério da Saúde (MS), ao institucionalizar o PSF como política nacional de Atenção Primária a Saúde (APS), adotou uma estratégia de organização do sistema de serviços de saúde no país.

Isto ficou claro com a definição do objetivo geral do PSF:

Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com a definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 1997, p. 14).

A responsabilização e vínculo das equipes com a população assumem como sua responsabilidade contribuição para a melhoria da saúde e da qualidade de vida das famílias na sua área de abrangência. Para isso devem desenvolver esforços para prestar atenção humanizada, valorizando a dimensão subjetiva e social nas suas práticas e gestão, favorecendo a construção de redes cooperativas e a autonomia dos sujeitos e grupos sociais comprometidos na produção de saúde. Portanto a equipe deve ser indutora na produção da participação das organizações sociais e seus membros no planejamento, gestão e avaliação da saúde local e desenvolvimento projetos conjuntos para a melhoria da qualidade de vida. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997), a operacionalização do PSF deve ser adequada às diferentes realidades locais, desde que mantidos os seus princípios e diretrizes fundamentais. Para tanto, o impacto favorável nas condições de saúde da população adscrita deve ser a preocupação básica dessa estratégia.

É dessa forma que o PSF constitui-se em uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. Seu objetivo é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde uma

compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (BRASIL, 2000).

A equipe de saúde da família deve estar preparada para desenvolver ações como: conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, através do cadastramento destas e do diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos qual a população está exposta; elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes de processo saúde/doença; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, na USF, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar; e desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados (BRASIL, 2000). Com o crescimento do PSF, faz-se necessário refletir sobre a sua concepção, operacionalização e os fatores relacionados à sua sustentabilidade, bem como incorporar as demandas pela constituição de espaço destinada a assegurar à qualidade do seu desenvolvimento e da atenção a saúde prestada pelas equipes. Embora ainda exista muito a ser efetivado, pode-se apontar para uma tendência de melhoria significativa, o que conseqüentemente reflete na qualidade devida da população.

Com uma proposta de trabalho, tendo como principio da vigilância em Saúde, o PSF apresenta uma característica de atuação inter e multidisciplinar e responsabilidade integral sobre a população de sua área de abrangência que parte da análise da situação da saúde local e de seus determinantes, para a partir daí, planejar ações a serem desenvolvidas. Constitui em desafios a ESF o aumento de sua resolutividade e a capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado. Para superar estes desafios o Ministério da Saúde em 2008, criou o Núcleo da Saúde da Família (NASF) ampliando a abrangência e as ações da Atenção Básica, reforçando o processo de territorialização e regionalização em saúde. Vinculado a Atenção Básica, o NASF procura ampliar e aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na ESF, superando a lógica fragmentada e privilegiada a construção de redes de atenção e cuidado, constituindo-se em apoio de saúde da família.

2.1. ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

A atenção básica é o primeiro nível de atenção em saúde, e se caracteriza 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 com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação da saúde das coletividades. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) respondem, atualmente, por um grande elenco de ações, representando uma importante porta de entrada para o sistema de atenção à saúde no Brasil. A esse papel assistencial, outras ações estão articuladas como a vigilância e controle de doenças, riscos de adoecimento e educação em saúde, bem como as demandas sanitárias. Constitui uma forma de atenção que envolve síntese de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas (SCHRAIBER; NEMES, 1996).

A Rede Básica de Saúde de Araranguá é organizada de maneira territorializada sendo composta pelos seguintes bairros: Centro, Vila São Jose, Coloninha, Morro dos Conventos, Hercílio Luz, Jardim das Avenidas, Urussanguinha, Divinéia, Alto Feliz, Polícia Rodoviária, Cidade Alta, Mato Alto, Lagoão, Sanga da Toca, Jardim Cibelli com supervisão específica e articulada com um Ambulatório Central. A rede de atenção básica está organizada na Estratégia de Saúde da Família, tendo como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, aproximando-se da família criando vínculo, identificando, atendendo e acompanhando os agravos à saúde do indivíduo e comunidade. O município possui treze equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) implantadas em 15 Unidades de Atenção Básica (UBS) e uma equipe de Saúde Bucal 02. Cada equipe é composta por um Médico, um Enfermeiro, um Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem e, em média, de 5 a 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com carga horária semanal de 40 horas, responsáveis pela vigilância e acompanhamento da situação de saúde da comunidade de abrangência. Estas equipes recebem o apoio do NASF, núcleo este constituído de: fonoaudiólogo, farmacêutico, nutricionista, fisioterapeuta, assistente

social e psicólogo. O NASF surgiu com o objetivo de qualificar as ações da atenção básica vinculadas à Estratégia de Saúde da Família (ESF), bem como, fortalecer e regionalizar a rede de serviços existentes. Também objetiva assegurar retaguarda especializada aos profissionais, além de permitir suporte técnico-pedagógico às equipes de referência e ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários.

As equipes desenvolvem as ações programáticas de forma a reorganizar o modelo curativo de atenção à saúde, visando uma atenção integral e efetiva à população e em especial aos grupos mais vulneráveis como é o caso da criança, da mulher, do idoso, dos portadores de doenças crônicas, de acordo com o Pacto pela Saúde estabelecido pela Portaria nº. 399/GM de 2006. Nos últimos anos, o município de Araranguá vem ampliando a cobertura pela ESF, alcançando uma cobertura superior a 80% em todo o município. Na Atenção Básica, os serviços voltados à Política de Saúde Mental de Araranguá estão estruturados com Ambulatório de Saúde Mental, CAPS I e Estratégia de Saúde da Família. As situações de urgências/emergências em saúde mental são atendidas no Pronto Socorro do Hospital Regional de Araranguá (HRA) e quando necessária internação, os leitos estão referenciados para a Casa de Saúde Rio Maina no município de Criciúma, no município de Urussangua para internações em Álcool e outras Drogas (A/D) e de Nova Veneza. A Secretaria de Saúde de Araranguá mantém convênio com uma clínica de Recuperação, sediada no município, para usuários de álcool e drogas, garantindo 18 leitos/internações/mês. (ARARANGUÁ-SC, PLANO PLURIANUAL 2010 a 2013).

A desinstitucionalização é uma concepção baseada em princípios éticos e democráticos, segundo a qual pessoas acometidas de transtornos mentais, não tem apenas a identidade de doentes, incapazes e perigosos, mas a de cidadãos com múltiplas identidades sociais (pai, filho, trabalhador, consumidor, eleitor e muitas outras) com direitos individuais, sociais e políticos iguais aos de qualquer brasileiro, além de direitos especiais de cuidado. (FALEIROS, 2002; 32)

Profissionais de diversos segmentos participaram na elaboração do projeto de criação do Conselho Municipal Antidrogas (COMAD) para discutir e planejar ações a nível municipal, para o combate das drogas ilícitas que se tornaram um grave problema de saúde pública no município e no país.

Ainda dentro deste segmento o município conta com a Rede de Atenção Psicossocial- RAPS. A rede RAPS tem como objetivo ser uma rede integrada, articulada e efetiva com vários pontos de atuação, como propósito de atender pacientes com transtornos mentais, usuários de substâncias psicoativas e álcool. A rede RAPS tem foco nos serviços de base comunitária e territorial adequando-se as necessidades dos usuários, a RAPS é instituída pela portaria nº 3.088 do Ministério da Saúde, de 23 de dezembro de 2011, onde estabelece objetivos, diretrizes, componentes e pontos de atenção. Instituem-se também o grupo condutor Estadual, tal grupo assume o formato de câmara técnica ativa organizadora. É constituída por técnicos indicados pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) e pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSENS), com o apoio do Ministério da Saúde (MS), a portaria também prevê a formação de uma câmara técnica municipal ou grupo condutor em cada município com o apoio da Secretaria de Estado da Saúde. São atribuições do grupo condutor, mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase, apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede, identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase, monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede.

São atribuições da rede RAPS conforme as Diretrizes da portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011; respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; promoção da equidade; reconhecendo os determinantes sociais da saúde, combate a estigmas e preconceitos; garantia do acesso e da qualidade dos serviços; ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional sob a lógica interdisciplinar; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; diversificação das estratégias de cuidado; desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; promoção de estratégias de educação permanente; desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos

mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial: ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção e; garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial: promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas; reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas; promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde; desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil; produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede; regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção. Tais objetivos em termos estaduais, regionais e municipais coadunam-se com a busca da: Racionalidade de gastos, otimização de recursos, eficiência na atenção a saúde e redução das desigualdades locais e regionais.

Ainda conforme portaria 3.088/23 de dezembro 2011, o sistema precisará trabalhar no sentido de alcançar uma atenção primária resolutiva: porta de entrada do sistema, coordenadora no sentido de saúde e ordenadora no sentido de rede. Qualidade da atenção: excelência do cuidado, (segurança, efetividade, centralidade na pessoa, tempo resposta adequado e equidade). Acessibilidade: garantia de acesso a serviços de saúde de qualidade, de diferentes densidades tecnológicas. Economia de escala: maior produtividade, eficiência e qualidade alcançadas e com

mais aproveitamento dos recursos e equipamentos. Organização das redes de atenção à saúde: interação dos gestores para resolver os problemas de saúde através de ações conjuntas, racionalização dos recursos, e ordenamento da demanda. Dinamização da passagem das atuais regiões da saúde: hoje ainda conformadas como sistemas fragmentados ou como redes incipientes, para um alto nível de integração e qualidade.

2.2. A RELAÇÃO DE SUPORTE DO NASF JUNTO AO ESF

A saúde de a família é uma das principais estratégias proposta pelo ministério da saúde, para reorientar o modelo de assistência do SUS a partir das praticas da Atenção Básica. Trabalha na lógica da promoção a saúde, a prevenção de doenças e a reabilitação, procurando reorganizar os serviços e reorientar as praticas profissional. Portanto é uma proposta com dimensões técnicas, política e administrativas inovadoras, que objetivam a promoção da qualidade de vida da população. Essa reorganização da atenção básica deve contribuir ainda para o reordenamento dos demais níveis de complexidade do sistema de saúde, mantendo-se o compromisso com a garantia de acesso da população a todos os níveis de assistência.

Com a constituição de 1988 e a inserção do SUS em 1990, houve uma notável ampliação da assistência médica à sociedade brasileira, que evoluiu de um serviço prestado aos contribuintes da previdência para um direito da cidadania. Esse processo histórico provocou algumas distorções, entre elas; a prioridade conferida à construção e aparelhamento de hospitais, originando uma ênfase desmesurada nos serviços de emergência e produzindo uma grave deformação na cultura sanitária da população, que passou a ver na consulta ambulatorial uma forma mais demorada e menos efetiva de assistência. Até então, no Brasil, a rede extra-hospitalar de atenção à saúde nunca havia sido priorizada. Ao contrário, os postos de saúde eram objetos de imemorial desconfiança, não apenas pela população, mas pelos próprios profissionais, provocando profundas distorções na demanda dos demais setores de atendimento e gerando ineficácia, exclusão, iniquidade e insatisfação (CORDEIRO, 1991).

A Estratégia Saúde da Família incorpora os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e se estrutura a partir da Unidade Saúde da Família (USF), conforme contextualizado a seguir (BRASIL, 2006):

Em relação à Integralidade e Hierarquização: A Unidade de Saúde da Família (USF) está inserida na atenção primária à saúde. Suas equipes devem realizar o diagnóstico de saúde do território adscrito, identificando o perfil epidemiológico e sóciodemográfico das famílias, reconhecendo os problemas de saúde prevalentes e os riscos a que esta população está exposta, elaborando, com a sua participação, um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde. O cumprimento desses dois princípios pressupõe que os profissionais envolvidos nas equipes de saúde compreendam que seus serviços estão organizados em níveis de complexidade crescentes, desde o nível local de assistência, até os mais especializados; este sistema é denominado referência e contra referência, sendo que a referência se dá do nível de menor para o de maior complexidade, inversamente à contra +referência. A articulação entre esses dois sistemas é bastante difícil uma vez que a demanda de serviços mais complexos excede ao número de solicitações por parte da atenção básica, dificultando atingir excelência no atendimento aos clientes que necessitam de serviços especializados. (FIGUEIREDO, Elizabeth Niglio, 2010).

Territorialização e Adscrição da Clientela: a USF trabalha com território de abrangência definido, sendo responsável pelo cadastramento e acompanhamento desta população. Recomenda-se que a equipe seja responsável por, no máximo, 4000 pessoas do território.

Em relação à Equipe Multiprofissional deve ser composto por um enfermeiro, um médico generalista ou de família, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Além desses, odontólogos, assistentes sociais e psicólogos, dentre outros, poderão fazer parte das equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades locais.

O Caráter substitutivo indica a substituição das práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho, centrado na Vigilância à Saúde (SANTANA e CARMAGNANI, 2001).

Segundo caderno de diretrizes do NASF (2010) a Estratégia Saúde da Família (ESF), é uma vertente brasileira da APS, caracterizada pela porta de entrada

prioritária constitucionalmente fundada no direito à saúde e na equidade do cuidado, e além disso hierarquizado e regionalizado como é o SUS. O ESF vem provocando um importante movimento de reorientação do modelo em saúde. Neste contexto o NASF deve atuar dentro das diretrizes relativas à APS que são: ação interdisciplinar e intersetorial, educação permanente em saúde dos profissionais e da população, desenvolvimento da noção de território, integralidade, participação social, educação popular, promoção da saúde e humanização. Por tanto a organização dos processos de trabalho do NASF tem como foco o território, sob sua responsabilidade, sendo priorizado o atendimento compartilhado interdisciplinar, como troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos mediante amplas metodologias como estudos e discussão de caso, orientações, projetos terapêuticos e etc...

A constituição de uma rede de cuidados é uma das estratégias essenciais dentro da lógica de trabalho de um NASF. Para tanto, sua equipe e as equipes de SF deverão criar espaços de discussões internos e externos, visando o aprendizado coletivo. Dentro de tal perspectiva, o Nasf deve buscar superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsabilizada com a ESF. É a situação desejável, mas que não acontecerá de forma espontânea e natural. (BRASIL, 2010).

O processo de trabalho das equipes de Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e destes com a comunidade. Podemos estabelecer como pontos de síntese na missão do Nasf os seguintes aspectos:

O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às equipes de Saúde da Família; vincula-se a um número de equipes de Saúde da Família em territórios definidos, conforme sua classificação; a equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família criarão espaços de discussões para gestão do cuidado: reuniões e atendimentos compartilhados constituindo processo de aprendizado coletivo; o Nasf deve ter como eixos de trabalho a responsabilização, gestão compartilhada apoio à coordenação do cuidado, que se pretende pela Saúde da Família. (BRASIL, 2010).

Criado com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, o NASF deve buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários e ambientais dentro dos territórios. A equipe do NASF tem o compromisso junto ao demais profissionais de saúde da família de priorizar o atendimento compartilhado e interdisciplinar para uma eficaz intervenção e promoção do usuário. O NASF é composto por profissionais de diversas áreas, fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionistas, assistente social, fisioterapeuta e outros, admitidos conforme a necessidade de cada região abrangida pela equipe do ESF. Este novo campo abre as portas para estes profissionais atuarem numa lógica de matriciamento.

Nesse sentido, Campos e Domitti (2007), elucidam que o apoio matricial e a equipe de referência são arranjos organizacionais e uma maneira de gerir o trabalho em saúde com o intuito de ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre diferentes especialidades e profissões. Suas equipes devem estar comprometidas com o aperfeiçoamento das práticas desenvolvidas pela ESF, atuando de maneira interdisciplinar e intersetorial, de forma que cada profissional de saúde, a partir de seu conhecimento específico possa contribuir na resolutividade das problemáticas de (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

No que diz respeito ao processo de trabalho do NASF, segundo Diretrizes do NASF (2010), a definição dos profissionais que irão compor cada tipo de NASF é de responsabilidade do gestor municipal, seguindo, entretanto, critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. O NASF organizará o seu processo de trabalho com foco nos territórios de sua responsabilidade, conjuntamente com as equipes de SF que a ele se vinculam de forma a priorizar as ações de:

Atendimento compartilhado, para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos. Com ênfase em estudo e discussão de casos e situações, realização de projeto terapêutico singular, orientações, espaços

de reuniões, bem como consultas e intervenções conjuntas, apoio por telefone, e-mail etc.

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

Ações comuns nos territórios de sua responsabilidade desenvolvidas de forma articulada com as equipes de SF. Como o desenvolvimento do projeto de saúde no território, planejamentos, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos, como escolas, creches, igrejas, pastorais etc.

Conforme Diretrizes do NASF para organização e desenvolvimento do trabalho podem enumerar algumas ferramentas de apoio à atenção:

Clinica Ampliada- A clínica ampliada se propõe para qualificar o modo de se fazer saúde. Ampliar a clínica é aumentar a autonomia do usuário do serviço de saúde, da família e da comunidade. O serviço de saúde pode acolher a queixa do usuário mesmo que a fala pareça não ter relação direta para o diagnóstico e tratamento. Projeto Terapêutico Singular- É um recurso clínico e gerencial importantíssimo. A existência desse espaço de construção da clínica é privilegiada para o apoio matricial e, portanto, para o trabalho dos profissionais do Nasf. É um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Projeto de Saúde no Território- O PST pretende ser uma estratégia de orientação e organização do trabalho de equipes de saúde na criação de espaços democráticos de participação social e de emancipação de sujeitos e comunidades por meio da discussão coletiva das necessidades de saúde no território. Trata o PST como catalisador de ações direcionadas à produção de saúde, reduzindo vulnerabilidades em determinado território, com atuação de ESF/NASF, de outros serviços e de parcerias, investindo na qualidade de vida e protagonismo de sujeitos e comunidades. Apoio Matricial – Objetiva assegurar retaguarda especializada, interdisciplinar, é uma metodologia de trabalho complementar prevista em sistemas hierarquizados. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico pedagógico às equipes de referencia, ao mesmo tempo em que objetiva assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, mas também construir a autonomia do usuário. NASF e o Apoio Matricial- A expressão “Apoio” é o centro da proposta da NASF, que remete a compreensão de uma tecnologia de gestão denominada “apoio matricial” que se complementa com o processo de trabalho em “equipes de referencia”. (BRASIL, 2010, p.25, 26, 27, 28,29).

Equipes de referência representam um arranjo que busca romper o padrão denominante de responsabilidade nas organizações onde em vez das pessoas se responsabilizarem por atividades e procedimentos o que se busca é construir a responsabilidade de pessoas e por pessoas. “O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada à equipe e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde”. (CAMPOS e DOMITI, 2007, p.399).

Dentro do apoio matricial os profissionais do NASF e ESF compartilham seus saberes, ampliando a resolução dos problemas. O apoio matricial apresenta as dimensões de suporte e técnico pedagógico. Dimensão assistencial; é aquela que vai originar uma ação clínica direta com os usuários. Já a Dimensão técnica pedagógica; vai produzir uma ação de apoio educativo para e com a equipe.

Estas duas ações podem e devem se misturar em vários momentos. Quando a equipe ou profissional de apoio matricial do NASF se encontra com a equipe de referência, objetiva-se que o apoio matricial auxilie a equipe de referência na formulação/reformulação e execução de um projeto terapêutico singular para um sujeito individual ou coletivo, que necessita de uma intervenção em saúde. O NASF funciona a partir da perspectiva de apoio matricial, ou seja, o conjunto de profissionais contribui com suas especialidades e experiências para complementar a equipe de referência – no caso, a equipe multiprofissional de saúde da família – e promover, em parceria, estratégias de intervenção e compartilhamento da responsabilidade pela clientela atendida.

Em todas as situações, o importante é ter um olhar integral para o sujeito com queixa de saúde mental e disponibilizar de várias alternativas terapêuticas, sem recorrer somente a um único recurso terapêutico e sem fragmentar o sujeito, pois isso acaba por restringir as oportunidades de superação do paciente. (DULCE, 2011)

Neste contexto, a fim de materializar a atuação do NASF junto a Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família no município de Araranguá e conhecer sua efetividade, buscou-se nas Unidades Básicas de Saúde de cobertura do NASF fazer este recorte da realidade, a qual trouxe maior aproximação e fundamentação ao trabalho através da pesquisa realizada.

2.3. A PESQUISA A QUAL APONTA INDICADORES

O objetivo maior da pesquisa é qualificar respostas para a situação estudada através do emprego de procedimentos científicos, permitindo a obtenção de novos conhecimentos em determinada área social, envolvendo o homem em, seus múltiplos relacionamentos com outros homens e as instituições sociais. A pesquisa é um processo de investigação que de forma sistemática objetiva compreender e explicar o problema pesquisado. Visamos aqui, analisar como se efetivou o Matriciamento em Saúde Mental, junto as ESFs na área de abrangência do NASF no município de Araranguá no ano de 2015. Na direção de qualificar o debate e aprofundar questões a pesquisa enquanto instrumento para reconhecimento da realidade permitiu uma apreensão textualizada a cerca do Nasf e sua efetividade na Atenção Básica/ESF. Foi realiza entrevista semiestruturada com os profissionais enfermeiros que atuam nas UBS de cobertura do NASF, que são um total de nove e participam diretamente das reuniões de matriciamento.

O trabalhador da área da saúde e integrante a uma ESF deve dispor de estratégias e ferramentas de atendimento, entre eles o matriciamento. É necessária a articulação com outros profissionais da rede dando o suporte ao paciente e ao seu processo saúde/doença.

A responsabilização compartilhada entre as equipes SF e a equipe do NASF na comunidade prevê a revisão do encaminhamento com base nos processos de referencia e contra-referência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de atenção básica, saúde da família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS. (BRASIL, 2008, p.02)

Dos profissionais entrevistados 77,7% relatam que o matriciamento é um novo modo de produzir saúde através de uma equipe multiprofissional, que dá apoio as ESFs no processo de construção de um plano terapêutico, e 22,2% não realizaram a pesquisa.

[... matriciamento é o trabalho realizado entre a equipe multiprofissional da rede, principalmente na nossa área da saúde, entre a equipe ESF e NASF, para discussão e realização do manejo terapêutico do paciente...] (trabalhador 01).

[... a união de dois ou mais serviços num processo de discussão e construção de um plano de intervenção para o indivíduo, buscando a melhoria de sua qualidade de vida...] (trabalhador 02).

O NASF propõe um atendimento interdisciplinar, sendo fundamental a integração dos profissionais para operacionalizar um atendimento mais amplo (NASF e Atenção Básica). Com tudo ainda as Unidades Básicas e NASF devem realizar o matriciamento sendo esta uma nova ferramenta que se apresenta no SUS. “O apoio Matricial apresenta as dimensões de suporte assistencial e técnico pedagógico, onde será feita a discussão de casos, com cronogramas e periodicidades das reuniões”. (BRASIL, 2010.p.12).

O NASF como organismo vinculado a equipe de saúde da família, compartilha tais desafios e deve contribuir para o aumento da resolutividade e a efetivação da coordenação integrada do cuidado na APS. Assim, apoio e compartilhamento de responsabilidades são aspectos centrais da missão do NASF. (BRASIL, 2010, p.13-14).

Dos entrevistados 77, 7% responderam que sim que há integração entre os profissionais nos atendimentos realizados, sendo que apenas 33,3% percebem a prática interdisciplinar nos atendimentos. 22,2% preferiram não opinar sobre a pesquisa e 22,2% não realizaram a pesquisa

Com relação às Unidades Básicas de Saúde e o apoio matricial:

Dos profissionais entrevistados 77, 7% responderam que nas unidades que atuam se realiza o matriciamento. Com relação à periodicidade, 44,4% responderam que são mensais. Já com relação às quais casos específicos são realizados o matriciamento 44,4% não respondeu, sendo que 33,3% responderam que os casos mais frequentes de matriciamento são os relacionados à Saúde Mental. 22,2% não realizaram a pesquisa.

Os profissionais que atuam na saúde devem ser conhecedores dos serviços existentes voltados a Saúde Mental/RAPS no município, sendo este um princípio básico para que se efetivem os atendimentos realizados.

Dos entrevistados 77, 7% responderam conhecer os serviços voltados para a Saúde mental/RAPS. Com relação às quais serviços especificamente conhecem 44,4%, referem ambulatório de saúde mental, CAPS I, o acolhimento da Atenção Básica, urgência e emergência- UPA, e hospital regional, 33,3% não especificou quanto aos serviços da RAPS. Já 22,2% não realizaram a pesquisa.

As equipes do NASF e unidades de saúde devem desempenhar o trabalho em conjunto e a abertura a outros segmentos da rede é essencial, é importante que outros serviços especializados participem das reuniões do

Matriciamento, sendo o mesmo um processo de trabalho interdisciplinar por natureza, com praticas que envolve o intercâmbio e a construção do conhecimento e como consequência favorecendo atendimento.

Dos entrevistados 66,6% responderam que desconhecem outros serviços existentes no município que participam das reuniões de matriciamento. Já 11,1% responderam ter conhecimento que Conselho Tutelar, Saúde Mental, Profissionais do CAPs, e CRAS- Conselho de Referencia de Assistência Social participam quando necessário das reuniões de matriciamento sendo que este trabalho em conjunto amplia de forma positiva as possibilidades de efetivação do atendimento. 22,2% não realizaram a pesquisa

Sendo o matriciamento um trabalho interdisciplinar por natureza é um recurso fundamental nas práticas de saúde desenvolvidas na atenção primária, o que permite a todos envolvidos um manejo mais adequado onde cada profissional contribui de forma distinta no processo de trabalho, contribuindo para ampliar as possibilidades de assistência ao usuário.

Quanto ao trabalho interdisciplinar no matriciamento, dos entrevistados 77, 7% responderam que sim, que há a pratica interdisciplinar. Dentro deste quadro 33,3% relatam perceber e descrevem como importante a pratica interdisciplinar no matriciamento. Já 44,4% apesar de perceberem a pratica interdisciplinar no matriciamento preferiram não especificar, 22,2% não realizaram a pesquisa.

[...] na prescrição da terapia ao paciente a pratica interdisciplinar aparece para fortalecer o tratamento ao paciente como um todo. Cuidando tanto o físico, mental e o social...] (trabalhador 03).

O processo de saúde-enfermidade-intervenção não é monopólio nem ferramenta exclusiva de nenhuma especialidade, pertencendo a todo o campo da saúde. Isso torna o matriciamento um processo de trabalho interdisciplinar por natureza, com práticas que envolvem intercâmbio e construção de conhecimento (CHIAVERINI 2011, p16).

Os profissionais da saúde devem participar da elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) no apoio matricial de Saúde Mental. Sendo que alguns aspectos são relevantes. Durante o PTS é fundamental levar em consideração não só o individuo, mas todo o seu contexto social. As intervenções devem ser planejadas com a equipe de forma que estabeleçam relações de afeto e de ajuda mútua é um olhar para os cuidados de alguém, em especial na saúde mental, que

inclui seu entorno familiar e territorial. É importante não fazer julgamentos precipitados com relação à situação do usuário, em toda a discussão deve se buscar compreender a situação em suas várias facetas cuidando sempre para reforçar atitudes positivas que venham de encontro as necessidades apresentadas para a equipe.

O PTS consiste no planejamento de um “conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva e de uma equipe interdisciplinar” (BRASIL, 2007, p.40).

Assim, com relação à elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) dos profissionais entrevistados 22,2% referem que participam. Já 33,3% dizem não participar da elaboração do PTS, sendo que 22,2% dizem participar às vezes, 22,2% não realizaram a pesquisa.

Já com relação ao que deve ser levado em conta durante a elaboração do PTS, dos profissionais entrevistados 44,4% acreditam que é importante: a participação da equipe, planos de ações de cuidado, referência e contra referência e conhecer a realidade do paciente. Já 33,3% não responderam a pergunta e 22,2% não realizaram a pesquisa.

[... é importante o conhecimento dos familiares do paciente e sua vida como um todo...] (trabalhador 01).

Tanto os matriciadores, quanto os profissionais da Atenção Primária a Saúde, devem ter definidas suas funções (quem faz o quê) com relação ao trabalho em equipe. Deve existir clareza quanto às delimitações das tarefas bem como à definição dos responsáveis por cada tarefa para a execução do PTS. É necessário perceber que o usuário é da equipe e ter uma intervenção de horizontalidade onde cada profissional desempenha sua função de forma a contribuir para o atendimento realizado. Tanto para elaboração quanto para a execução do PTS na Atenção Básica é obrigatório um trabalho de parceria que deve ser construído e aprimorado sendo necessário o envolvimento de todos os profissionais (médicos, técnico de enfermagem, Agente Comunitários de Saúde, outros serviços) sendo que neste momento não se pode restringir o atendimento a um diagnóstico psiquiátrico apenas, mas abrir as possibilidades para o atendimento interdisciplinar.

Com relação às definições de tarefas, onde no trabalho em equipe, durante a execução do PTS são definidas as funções de cada um dos profissionais dos entrevistados 55,5% não responderam ou não opinaram, sendo que 11,1% referem que cada profissional tem conhecimento no que podem contribuir. Já 11,1% acreditam que estas definições de função não tem clareza. E 22,2% não realizaram a pesquisa.

[...] em alguns casos sim. Mas existem alguns papéis ou ações meio obscuros ainda...] (trabalhador 02).

Podemos observar, conforme relato do trabalhador 02, que muitas vezes as equipes tendem a não estar implicadas nos planos por elas formulados, é preciso compreender porque isto acontece e de forma pacífica buscar a solução/respostas dentro da própria equipe. A retomada periódica do PTS pode auxiliar e rever o que foi definido no momento da elaboração como: visita domiciliar, consulta e outros encaminhamentos e se, o que foi proposto tem clareza e é factível para a equipe. Torna se impossível à execução de um PTS que não venha de encontro com a realidade da equipe e das necessidades do usuário.

O apoio matricial apresenta um suporte técnico especializado que é ofertado para as ESFs a fim de ampliar suas ações, proporciona uma retaguarda especializada de assistência podendo ser de dimensões de suporte assistencial e técnico pedagógico. Como dimensão assistencial, o matriciamento acontece de forma a dar assistência nos casos em que a equipe de referência sente a necessidade de apoio para conduzir um caso em que exige um atendimento mais estruturado com a elaboração do PTS, e abordagem familiar, é um atendimento direcionado ao usuário. Já na dimensão técnico-pedagógica, proporciona uma intervenção coletiva com vínculo interpessoal como grupos terapêuticos para usuários com resistência a adesão do tratamento, bem como apoio para resolver problemas relacionados com a equipe de referência como dificuldades nas relações pessoais ou nas situações difíceis encontradas no dia a dia.

No que se refere às dimensões do matriciamento dos profissionais entrevistados 22, 2% definem corretamente o que seriam as dimensões assistencial e técnico pedagógico, sendo que, 33,3% tiveram percepções errôneas quanto às

dimensões assistenciais e técnico pedagógico do matriciamento, 22,2% não responderam e 22,2% não participaram da pesquisa.

[... Dimensão assistencial: ação clínica direto com o usuário. Dimensão técnica pedagógica: ação de apoio educativo, com e para a equipe...] (trabalhador 01).

[... apresenta, de certa forma há um apoio e orientação quanto às ações desprendidas...] (trabalhador 02).

Conforme relato dos trabalhadores podemos perceber que até se tem conhecimento com relação às dimensões assistencial e técnico-pedagógica do matriciamento, porém de forma conceitual não definindo como estas dimensões se concretizam ou como acontecem dentro da equipe que atuam.

A interconsulta caracteriza-se por uma ação colaborativa entre profissionais de diferentes áreas que vão desde uma discussão de caso, consultas conjuntas e visitas domiciliares. Sendo esta uma ferramenta que auxilia nos atendimentos em Saúde Mental através da prática interdisciplinar que pode ser uma discussão de caso até intervenções mais complexas, com visita domiciliar e abordagem familiar em momentos de crise.

Esse encontro de profissionais de distintas áreas, saberes e visões permite que se construa uma compreensão integral do processo de saúde e doença, ampliando e estruturando a abordagem psicossocial e a construção de projetos terapêuticos, além de facilitar a troca de conhecimento. No matriciamento, a interconsulta tem como objetivo específico a estruturação do projeto terapêutico no caso. (CHIAVERINI 2011, p25 e 26).

Dos profissionais entrevistados 44,4% afirmaram que realizam a interconsulta através de visitas domiciliares, discussões de casos e busca ativa dos pacientes com o programa de saúde mental e CAPS I. Já 33,3% responderam que não participam de interconsulta, 22, 2% não responderam a pesquisa.

O matriciador deve estabelecer um diálogo, solicitar informações da equipe de referência com relação aos casos e saber a opinião da mesma sobre as condutas instigando a equipe a refletir, ele ensina e aprende, fazendo do matriciamento um espaço de construção de estratégias para garantir a integralidade do cuidado, através da prática interdisciplinar tendo como eixo central a construção do PTS.

Sobre a efetividade do matriciamento, dos profissionais entrevistados 66,6% responderam que é efetivo somente às vezes. Já 11,1% responderam que sempre, 44,4% não especificaram o porquê. Enquanto que 33,3% disseram que a

efetividade depende muito da complexidade dos casos. E que mesmo não sendo efetivo, tem seu aspecto positivo. Mas que precisa melhorar ainda.

O matriciamento é uma ferramenta de apoio aos profissionais do NASF para realizar os atendimentos na atenção básica principalmente em saúde mental. “Matriciamento é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógica terapêutica”. (CHIAVERINI, 2011, p13).

A atuação do NASF com o matriciamento realizado na atenção primária através dos atendimentos individuais quanto de grupos objetiva a educação em saúde, dentro da proposta de promoção e prevenção. Deve estimular a participação e a cor responsabilização no processo de construção da saúde articulando ações que valorizam a rede de assistência.

Com relação aos fatores facilitadores do matriciamento dos profissionais entrevistados 77,7%, relataram que os aspectos mais relevantes foram construção de grupo de apoio, todos os serviços assumem o paciente de Saúde Mental, tendo resolução mais rápida dos problemas, trabalho em equipe com discussão de casos específicos em saúde mental, apoio do NASF, conhecimento do paciente e fator agravante (que originou/agravou a crise), apoio da gestão e perfil dos profissionais, 22,2% não realizaram a pesquisa.

Podemos perceber que o matriciamento em Saúde Mental resulta em uma ação positiva ampliada que reflete diretamente em toda a equipe da atenção primária, bem como no manejo direto com os casos atendidos. O trabalho em grupo de apoio onde se pressupõe conhecer melhor as dificuldades no contexto da saúde mental, e conseqüentemente atuar de forma mais madura, assumindo o usuário como sendo da rede, utilizando os dispositivos disponíveis no município.

A rotina de trabalho na ESF traz uma demanda constante e numerosa por parte de pacientes com sofrimento psíquico, seja de transtorno mental ou de dependência química que exigem acolhimento ou outro tipo de atendimento que muitas vezes é de caráter imediato, sendo fundamental existir uma conexão entre profissionais da atenção básica e matriciadores a fim de facilitar/minimizar as dificuldades em cuidar dos pacientes com problemas de saúde mental.

Assim, com relação aos fatores dificultadores do matriciamento 77,7% dos entrevistados responderam que os aspectos mais agravantes foram à falta de

entendimento da população sobre a temática da Saúde Mental, aceitação e adesão do tratamento. Falta de interesse e de responsabilidade das equipes de matriciamento, para a elaboração do PTS. Dificuldade para reuniões de matriciamento. Referência contra referência. Profissionais nas ESFs sentindo-se incapazes de cuidar dos pacientes de Saúde Mental, 22,2% não realizaram a pesquisa.

O trabalho no território que, de longe da proteção das paredes dos hospitais, responsabiliza as equipes para o cuidado da população adscrita e coloca os procedimentos dos profissionais de saúde em dependência da adesão voluntária e consciente dos usuários (nem sempre favoráveis às ações de saúde oferecidas pelas equipes); e pela falta de vontade da população, que se mostra acostumada com políticas de saúde assistencialistas e paternalistas (CHIAVERINI, 2011, p187)

Pode-se observar de acordo com os dados, que a maior fragilidade percebida é a falta de capacitação tanto para os profissionais da atenção básica como para os matriciadores, a falta de conhecimento com relação à elaboração e execução do PTS tornam os atendimentos pouco resolutivos e distantes da realidade em que devem ser aplicados e em consequência tendo pouca adesão do usuário. A dificuldade de articular reuniões de matriciamento com a equipe do NASF que muitas vezes os profissionais também têm que realizar atendimentos individuais, o que sobrecarrega a agenda. Referência e contra referência que não funcionam adequadamente acontecendo de forma fragmentada. A falta de manejo dos profissionais da atenção básica em acolher os portadores de transtornos mentais e atribuindo os cuidados com os mesmos aos serviços como, Ambulatório de Saúde Mental ou ao CAPS I não assumindo o usuário como pertencente à rede dificultando também a articulação da RAPS.

De acordo com a avaliação feita com os profissionais da atenção básica com relação à efetivação do matriciamento em saúde mental realizado pelo NASF no ano de 2015, dos profissionais entrevistados, 66,6% referem que o matriciamento foi bom. Já 11,1% disseram ter sido razoável, 22,2% não realizaram a pesquisa.

Embora o matriciamento nos traga varias ferramentas que auxiliam no desenvolvimento de processos de atendimento nos casos de saúde mental, não podem ignorar a importância de olhar para a falta de interesse que na maioria das vezes os profissionais demonstram no manejo dos casos, o que influencia

diretamente nos problemas colaterais originados devido à forma incorreta de encaminhar os casos tanto de transtorno mental como de dependência química.

Tanto o NASF como os membros da atenção básica precisam estar cientes da realidade em que estão inseridos, trazendo assim possibilidades de construção de intervenções interdisciplinares, intersetoriais e comunitárias e assim de acordo com a singularidade de cada trabalho de matriciamento busca construir o projeto terapêutico necessário.

Mesmo o matriciamento em Saúde Mental aconteça de forma fragmentada, ele sempre deixa, de maneira geral, aspectos positivos para o profissional, tornando-o mais capacitado, tendo outro olhar para o paciente portador de transtorno mental e dependência química.

Concluindo a pesquisa, observou-se um modelo de atenção, que consiste na aproximação do usuário, de base comunitária, e que transforma conceitos. Apesar disto, tem-se muito ainda a evoluir neste modelo de atendimento/suporte, que podemos dizer, ainda está em fase de construção. Um exemplo de melhoria seria uma melhor capacitação dos profissionais da área de forma contínua, que muitas vezes, devido rotatividade de profissionais não se dá de forma efetiva.

2.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente as ESFs, constituem-se na principal estratégia adotada pelo Ministério da Saúde no campo da Atenção Básica. E através do desenvolvimento das suas ações pode proporcionar o estabelecimento de relações consistentes com comunidades, operando as tão almejadas mudanças e transformações sociais. Caracteriza-se como porta de entrada do sistema de saúde, o que é constitucionalmente garantido como direito na equidade do cuidado, hierarquizado, e regionalizado, que é o SUS.

O NASF foi criado para ampliar a abrangência dos ESFs, que deve atuar dentro das diretrizes relativas à atenção primária a saúde. A organização da rede, o fortalecimento do NASF, através da co-responsabilização dos casos de Saúde Mental com o matriciamento podem colaborar com a implementação de ações na área, bem como configurar estratégias de atuação que pretende ser transformadora

do modelo assistencial até então predominante, consolidando novas práticas de atuação.

Neste contexto, no município de Araranguá, a Atenção Básica vem desempenhando suas funções, que busca efetivar o que o SUS preconiza e normativa. Hoje o município conta com 1 (uma) equipe do NASF, que dá suporte para 9 (nove) unidades de saúde. Onde se realiza matriciamento em Saúde Mental, o qual foi objeto de estudo.

Conforme os resultados apontam, observam-se fragilidades e potencialidades, sendo necessários ajustes para que a prestação do serviço seja mais eficaz e eficiente.

Com relação às fragilidades, observou-se que os entrevistados em sua maioria demonstram conhecimento em relação ao matriciamento, mas desconhecem o que ele envolve. Que o matriciamento envolve um intercâmbio de informações, também uma construção de conhecimento.

Outra fragilidade apresentada, é que os profissionais em sua maioria também refere não conhecer e/ou participar do PTS-Projeto Terapêutico Singular. O que também se repete com relação às dimensões que o matriciamento apresenta que são de suporte assistencial e técnico pedagógico e que podem ser trabalhadas separadamente ou se inter-relacionarem.

Com relação às potencialidades podemos destacar todo o movimento que está sendo feito dentro da Secretaria Municipal de saúde com relação à implantação/implementação da RAPS sendo que NASF e Atenção Básica estão envolvidos diretamente, bem como outros setores do município. Nos encontros periódicos estão sendo realizados os temas são voltados para o atendimento aos casos de saúde mental que envolve tanto os casos de transtorno mental quanto a dependência química, o acolhimento e manejo.

Outra potencialidade encontrada é o apoio da gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) o qual influencia diretamente a nova dinâmica de organização dos serviços de saúde e da articulação entre ESF e NASF.

Fica evidenciada a necessidade de criar estratégias e instrumentos de capacitação com a participação dos profissionais da atenção básica objetivando fomentar e ampliar as atividades relacionadas à Saúde Mental. Realizar projeto de educação permanente buscando capacitar os profissionais tanto do NASF quanto da

ESF, que devido rotatividade faz-se necessário criar uma forma contínua de capacitação e assim proporcionar um modelo unificado de atendimento mais resolutivo. Buscar através destas estratégias um maior comprometimento com o usuário, contemplando através do PTS-Projeto Terapêutico Singular ações de âmbito específico da saúde mental. Assim é fundamental estabelecer laços, e a construção da rede RAPS, com os diversos dispositivos locais, buscando discussões de casos e buscando a prática para a consolidação dos atendimentos.

Porém, é importante que a capacitação traga subsídios consistentes para os profissionais envolvidos, incentivando a organização de uma rede ampla e de recursos assistências e de cuidados, facilitadora do convívio social e, sobretudo familiar. Pois a Saúde Mental envolve questões do campo político, jurídico e sociocultural, exigindo que de fato haja um deslocamento das práticas psiquiátricas para práticas de cuidado compartilhado nas ESF/NASF.

Abstract: The reason of this study was to evaluate the effectiveness of specialist orientation in Mental Health at the ESFs- Strategy Health coverage Family NASF - Core Support for Health in the city of Araranguá. To that end, we conducted a qualitative research with exploratory study seeks to identify where the understanding of the professionals of primary care on the subject of matricial. The guiding questions were developed on the regular activities related to the ESF , NASF , emphasizing the implementation of specialist orientation in mental health , their actions , referrals and effectiveness in dealing attendances related to individuals and the collective , as well as the team itself , which working in primary care.

Key words: Primary Care. Health Policy. Matricial. Family Health Support Core.

REFERENCIAS

ALEIXO, J. L. M. **A atenção primária à saúde e o Programa de Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio.** Revista Mineira de Saúde Pública, v. 01, n. 01, jan a jun, p. 1-16, 2002.

BRASIL- PNAB- **Política Nacional De Atenção Básica/** dad. Saúde. gov.br.

BRASIL. **Normas e diretrizes do PACS e PSF.** GM/MS, nº 1886, 1997.

_____**Constituição da república federativa do Brasil.** Brasília: Senado, 1988.

_____**Departamento de Atenção Básica. Guia prático do programa de saúde da família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 128 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. **Atenção Primária. Seminário para a estruturação de consensos. Caderno de informação técnica e memória de Progestores.** Brasília: CONASS, 2004.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria nº 648 de 28 de março de 2006.**

_____, Ministério da Saúde. **Portaria nº 154 de 24 de janeiro 2008.**

_____. **CADERNO DIRETRIZES DO NASF Núcleo de Apoio a Saúde da Família** Brasília – DF 2010 - Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 27.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.** In: **Caderno de Saúde Pública.** V. 23, n. 02, 2007.

CHIAVERINI, Dulce Helena (org.) **Guia prático de matriciamento em saúde mental [et al.].** Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, Brasília, 2011.

CORDEIRO, H. **Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 1996.

FALEIROS, E. **Serviço Social E Saúde Mental.** Revista Inscrita, 4,8: 31-36-2002

MENDES, E. V. **Atenção Primária à Saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002. 92 p. MENDES, E. V. **Gestão da Clínica – prática estadual.** Disponível em: Acesso em: 02 nov. 2015.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE ARARANGUÁ - 2010 – 2013- Prefeitura Municipal de Araranguá Secretaria Municipal de Saúde

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. **Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. Interface - comunicação, saúde, educação.** V. 7, n. 12, p. 101-22, fev. 2003.

SPERANDIO, A. (Org.). **O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis,** Campinas: IPES Editorial, UNICAMP, 2001. 2 v

SCHRAIBER, L. B. & NEMES, M. I. B., 1996. **Processo de trabalho e avaliação de serviços de saúde.** Cadernos Fundap, 19:106-121.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. SMP o que é Portal do Departamento de Atenção Básica DAB. Disponível em <saude.gov.br/portalDABsmp_o_q_ephp> Acesso em 04/11/2015.

SANTANA, Milena Lopes; CARMAGNANI, Maria Isabel. **Programa Saúde da Família no Brasil: Um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens.** Revista Saúde e Sociedade, 2001.