

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E COLETIVA

**IMPASSES E DESAFIOS PARA O APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL NA
ESTRATÉGIA NASF EM CAMPINAS: um relato de experiência**

Marina Mendes Amorim

Campinas
2023

MARINA MENDES AMORIM

**IMPASSES E DESAFIOS PARA O APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL NA
ESTRATÉGIA NASF EM CAMPINAS: um relato de experiência**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como requisito parcial exigido para obtenção do título de especialista em saúde mental e coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto dos Santos Treichel

Campinas

2023

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo refletir/discutir sobre os impasses e desafios para a consolidação do apoio matricial em Saúde Mental na Atenção Básica por meio dos NASF. A metodologia adotada foi a pesquisa descritiva do tipo relato de experiência, partindo da escrita de cenas do cotidiano de trabalho como psicóloga residente em uma equipe NASF recém implementada no distrito norte de Campinas. Para análise, foram utilizadas categorias de obstáculos para a implementação das metodologias do apoio matricial e da equipe de referência resgatadas na literatura, em articulação com outras produções acadêmicas contemporâneas sobre o NASF. Foram identificados obstáculos das categorias: “estrutural”, “decorrentes do excesso de demanda e da carência de recursos”, “políticos e de comunicação”, “subjetivo e cultural” e “epistemológico”. Todos apresentaram frequência semelhante e se misturaram nas cenas, apontando para a complexidade do processo de implementação do NASF em Campinas.

Palavras-chave: NASF, apoio matricial, saúde mental, obstáculos.

APRESENTAÇÃO

A chegada de duas residentes de saúde mental do núcleo da psicologia nos Centros de Saúde veio com a expectativa de abertura da agenda. Queriam saber se iríamos ou não fazer atendimentos individuais. Parecia haver dentro a equipe uma percepção de que o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) não atende e, portanto, não trabalha. E, junto disso, uma certa tensão sustentada na ideia de que não atender individualmente um usuário encaminhado ao especialista da saúde mental é deixar de fazer o seu trabalho e sobrecarregar o já árduo trabalho das equipes de saúde da família (eqSF) que, estando na porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) nenhuma demanda poderiam recusar.

Era o primeiro ano desse campo no Programa de Residência de Saúde Mental e Coletiva da Universidade de Campinas (Unicamp), meu segundo como residente. Havia passado por um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no ano anterior - campo já antigo da residência, com equipe composta por vários ex-residentes e ex-aprimorandos da Unicamp. Campo da especialidade da saúde mental, composta por colegas que escolheram estar nessa linha de cuidado.

Sabia que nesse novo campo, no NASF, na atenção básica, a relação com a saúde mental seria diferente. Já havia vislumbrado um pouco da experiência no meu primeiro ano mediante as interações necessárias entre CAPS e atenção básica. Sabia também que a configuração da atenção básica em Campinas era um tanto diferente da minha terra natal, Belo Horizonte, onde me formei psicóloga na Universidade Federal de Minas Gerais logo antes de entrar na residência.

No desejo de me inserir nas equipes dos Centros de Saúde (CS), mantive-me aberta às demandas endereçadas a mim, geralmente de atendimento individual. Mesmo conhecendo a prerrogativa teórica de que o NASF não deveria ser uma porta de entrada para o usuário, coloquei-me disponível a atender essas demandas independente de fluxos na tentativa de, a partir desse movimento, construir algo diferente.

E assim segui até perceber que não tinha mais agenda. E que nem mesmo havia conseguido construir muita coisa com a equipe em termos de um cuidado compartilhado e ampliado em saúde mental. Quando me dei conta, estava na correria entre um atendimento e outro, sem conseguir me relacionar com a equipe. Comecei a me sentir invadida por uma demanda infinita, que não conseguia atender e nem recusar - como pactuar com a sobrecarga do trabalho dos meus colegas? Como me proteger da demanda com critérios de acesso?

Fui sendo tomada por uma angústia de não estar fazendo o trabalho que idealizava e no qual acreditava. Estava angustiada com a falta de planejamento e passividade com que estávamos lidando com as demandas de saúde mental e com a frágil integração com a equipe.

Eu já sabia que a lógica da agenda de atendimentos individuais não dá conta da atenção básica - seja em termos quantitativos ou qualitativos. Mas os estudos teóricos não me deram as respostas para a realidade prática enquanto residente de saúde mental, psicóloga, recém formada, em um serviço em processo de implementação do NASF e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), após dois anos de pandemia.

Como lidar com a alta demanda pela saúde mental? Quais os fluxos possíveis? Como implicar e instrumentalizar a equipe para o cuidado em saúde mental? Como construir um cuidado possível segundo os princípios do SUS e a realidade do serviço? Foram questões que me movimentaram durante o segundo ano de residência, vivenciado como integrante de um NASF em processo de construção.

Para além dessas questões, me vi confrontada com as relações estabelecidas no cotidiano de trabalho, e a singularidade daquele contexto e da minha posição enquanto residente. Foi um longo processo conseguir transitar entre a auto crítica sobre minhas capacidades enquanto psicóloga, e um olhar crítico para o cenário no qual estava inserida.

A escolha por trazer cenas do cotidiano de trabalho a fim de pensar impasses e desafios para o apoio matricial em saúde mental a partir da estratégia NASF faz parte desse processo.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS	10
2.1 Objetivo Geral.....	10
2.2 Objetivos Específicos.....	10
3 METODOLOGIA	11
4 REFERENCIAL TEÓRICO	13
4. 1 Equipe de Saúde da Família e Núcleo Ampliado de Saúde da Família.....	13
4. 2 Saúde Mental na Atenção Básica.....	16
4. 3 A trajetória de Campinas.....	17
4.4 Apoio Matricial e Equipe de Referência.....	20
3.4.1 <i>Obstáculos</i>	22
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
5.1 Sobre os encaminhamentos ao especialista e os obstáculos estruturais.....	25
5. 2 Sobre a negativa da saúde mental: obstáculo subjetivo?.....	28
5.3 Sobre o acesso ao especialista, os obstáculos epistemológicos, políticos e de comunicação.....	32
5.4 Sobre o reconhecimento das práticas em saúde mental e o obstáculo epistemológico.....	36
5.5. Sobre o matriciamento do CAPS: múltiplos obstáculos.....	37
5.6 Sobre o espaço físico: obstáculos decorrentes da carência de demanda e recursos?.....	39
6 CONCLUSÃO	42
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44

1 INTRODUÇÃO

O NASF foi criado em 2008 por meio da Portaria n. 154^[1] como recurso complementar à atuação da ESF com o objetivo de trazer maior resolutividade para o cuidado na atenção básica, nível de atenção estratégico para a consolidação do SUS.

A atuação do NASF tem seu fundamento na metodologia do apoio matricial, na qual uma equipe de especialistas assume a função de proporcionar suporte assistencial e técnico pedagógico a uma equipe de referência de uma determinada população.^[2,3] Essa metodologia implica importantes mudanças nos processos de trabalhos e nas relações de poder tradicionalmente instituídas nos serviços de saúde.^[3] O apoio matricial encontra-se correlacionado à um conceito de instituição que compreende o atravessamento de poderes e afetos para além da esfera do conhecimento técnico.^[3,4]

A saúde mental é considerada uma linha de cuidado prioritária para o NASF^[2], tendo sua importância justificada tanto pela relevante prevalência epidemiológica quanto pela aposta na atenção básica como ponto estratégico para a garantia de acesso e efetividade do cuidado.^[2,5]

Campinas foi uma cidade pioneira no cuidado em saúde mental na atenção básica e no apoio matricial.^[6] No que diz respeito à estratégia NASF, entretanto, apesar de algumas equipes implantadas a partir de 2011, apenas a partir de 2019 tornou-se uma prioridade na política de saúde do município.^[7] Pode-se dizer, portanto, que ainda está em um processo de construção incipiente.

Uma das estratégias adotadas nesse processo de expansão e investimento foi a diretiva de que os residentes multiprofissionais deveriam passar a compor equipes NASF.^[8] Em relatório feito pelo Conselho Nacional de Campinas, com participação de trabalhadores do NASF, afirma-se como a presença de residentes tem se destacado numericamente na composição das equipes NASF atualmente.

Desde sua criação em 2008, o NASF tem sido objeto de vários estudos que discutem a pertinência e efetividade do modelo. Treichel et. a (2019)^[9], em revisão bibliográfica sobre o apoio matricial em saúde mental afirmam que

(...) hoje o Nasf representa a maior aposta de um dispositivo de integração de rede, capaz de fomentar a participação conjunta entre profissionais de Atenção Básica e especialistas de Saúde Mental no país. Contudo, parece haver ainda algumas limitações no que tange a consolidação e efetividade desses serviços como mediadores do atendimento em Saúde Mental na Atenção Básica, havendo necessidade de avaliar quais são os impasses e desafios que têm dificultado esses processos^[9:3]

Tais desafios relacionam-se fortemente aos possíveis obstáculos previstos por Campos e Domitti^[3] em 2007 para a efetividade do apoio matricial, que são justamente obstáculos relacionados a modificações estruturais, subjetivas, políticas e culturais que essa metodologia propõe. Os autores afirmam a relevância dessas categorias como “elemento de base para apoiar pesquisas que avaliem limitações e potência dessa modalidade organizacional”.^[3:399]

Nesse sentido, esse trabalho tem como objetivo refletir/discutir sobre os impasses e desafios para a consolidação do apoio matricial em Saúde Mental na Atenção Básica por meio dos NASF, a partir da experiência enquanto psicóloga residente de um programa multiprofissional em saúde mental. A escolha de revisitar cenas do cotidiano vivenciadas como residente tem como função fomentar a construção de um olhar crítico sobre as dinâmicas em jogo na construção de uma nova forma de trabalhar em relação.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Refletir/discutir sobre os impasses e desafios para a consolidação do apoio matricial em Saúde Mental na Atenção Básica por meio dos NASF, a partir da experiência enquanto psicóloga residente de um programa multiprofissional em saúde mental.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever cenas do cotidiano de trabalho que representam a formação vivenciada em campo;
- Identificar nas cenas, a partir de um referencial teórico, os obstáculos para a consolidação do apoio matricial;
- Discutir à luz do referencial teórico o significado desses obstáculos para a prática no campo e para a implementação do NASF em Campinas.

3 METODOLOGIA

O presente trabalho configura-se como pesquisa descritiva do tipo relato de experiência. Delimita-se o período da experiência entre março de 2022 e dezembro de 2022, na função de psicóloga residente do segundo ano do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva da Unicamp, como componente de uma equipe NASF (eNASF) do distrito norte de Campinas implementada em 2021.

Trata-se de uma equipe que realiza apoio matricial a dois Centros de Saúde, composta por profissionais concursados que anteriormente eram vinculados a uma das duas unidades e tiveram seus vínculos remanejados em função da decisão de ampliação dos NASF em Campinas pela Secretaria Municipal de Saúde (SES Campinas) - a saber, 2 psicólogas, 2 ginecologistas e 2 pediatras. Passaram a integrar essa equipe, em março de 2022 duas psicólogas residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva da Unicamp, e duas residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde de Família da SES Campinas - uma fisioterapeuta e uma nutricionista. A partir do segundo semestre de 2022, tomaram posse duas profissionais concursadas, uma assistente social e uma fonoaudióloga, primeiras profissionais do NASF atuantes nos dois Centros de Saúde.

O ano de 2022 foi o primeiro de inserção do Programa de Residência Multiprofissional de Saúde Mental e Coletiva da Unicamp no NASF em questão, motivada pela decisão da SES Campinas de que os residentes dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde passassem a ser inseridos em eNASF como recurso para fortalecimento da estratégia.^[8] Um dos Centros de Saúde já havia sido campo do Programa de Residência Multiprofissional de Saúde Mental e Coletiva da Unicamp, sem a atuação enquanto NASF.

Para análise foram utilizadas cenas do cotidiano de trabalho escritas a partir da retomada de anotações feitas em campo, que foram articuladas à produção acadêmica sobre o tema tendo como linha articuladora as categorias de obstáculos para a implementação das metodologias do apoio matricial e da equipe de referência definidas por Campos e Domitti (2007)^[3] no texto “Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do

trabalho interdisciplinar em saúde”; a saber: obstáculo estrutural; obstáculos decorrentes do excesso de demanda e da carência de recursos; obstáculo político e de comunicação; obstáculo subjetivo e cultural; obstáculo epistemológico; e obstáculo ético.

As cenas foram escolhidas com a preocupação de não expor nenhum profissional. São cenas que avaliei possuírem elementos importantes para dialogar sobre a experiência vivenciada ao longo deste ano como residente multiprofissional em uma eNASF recém implementada, e que acredito poderem dizer muito mais do que se encerra naquela interação, naquele momento. São cenas que poderiam muito bem ter se dado com outros atores, já que dizem do processo de trabalho daquele cenário de prática, e não da posição específica de um ou outro profissional.

Ressalto que o objetivo aqui é trazer a minha leitura do que sustenta determinadas práticas cotidianas baseada nas experiências que vivenciei ao longo do ano com essas equipes, em diálogo com a produção teórica sobre o apoio matricial em saúde mental e sobre a estratégia NASF. É portanto, um exercício de reflexão sobre a prática a partir do lugar que ocupei, e que busca, para além dos aspectos técnicos - objetivos e concretos - desse cenário, acessar a dimensão dos afetos.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Equipe de Saúde da Família e Núcleo Ampliado de Saúde da Família

Na Atenção Básica de Saúde (ABS), a Equipe de Saúde da Família (eqSF) e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) correspondem, respectivamente, à equipe de referência e à equipe de apoio matricial.

A Atenção Básica de Saúde (ABS) é o nome dado pelo Ministério da Saúde para a versão brasileira do modelo da Atenção Primária à Saúde (APS). Em um sistema de saúde hierarquizado em níveis de atenção - primária, secundária e terciária - a APS representa o primeiro contato preferencial para o usuário, a “porta de entrada”. A proposta da APS está na produção de ações de saúde pensadas para (e com) sujeitos individuais e coletivos, com os quais é possível construir vínculo e corresponsabilização considerando o contexto singular em que vivem. Tudo isso de forma a consolidar um cuidado longitudinal, integral e resolutivo que faz daquela equipe, naquele serviço de saúde, a porta de entrada preferencial do sistema de saúde para aquela população. Capaz, portanto, de acolher suas demandas espontâneas e, também, de ativamente promover saúde mediante ações programadas com base no conhecimento de suas demandas prioritárias - tornadas possíveis justamente por essa relação de proximidade e de vínculo à população e ao território.^[10]

No Brasil, esse conjunto de ações que compõem a APS foi desenhado para ser desempenhado pela eqSF, que tem como composição mínima os profissionais médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde, com carga horária por núcleo a depender das características do território. Ela foi instituída em 1994 por meio do Programa de Saúde da Família e reafirmada nas Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB) dos anos 2006 e 2011.^[11,12]

Cada eqSF deve ter como população adscrita de 2000 a 3500 pessoas em média - quantidade também sujeita a especificidades locais. Sua atuação abrange uma diversidade de ações, que vão desde aquelas voltadas para o atendimento da demanda espontânea e programada, até ações de natureza gerencial da unidade e do cuidado de saúde, vigilância

em saúde, articulação intersetorial, educação em saúde, alimentação de bases de dados e prontuários.^[10]

Como estratégia para ampliar a resolutividade da APS, foram criadas para esse nível de atenção as eNASF, que deveriam atuar segundo a estratégia do apoio matricial. De forma que pode-se dizer que elas são responsáveis por um determinado número de eqSF e pela população adscrita dessas equipes. Essa afirmação diz respeito à dupla função do NASF, de proporcionar suporte assistencial e técnico pedagógico.^[2] Trata-se de uma tarefa complexa que demanda desse profissional, além de conhecimento técnico e habilidade clínica, a capacidade de produzir “mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da SF e entre sua própria equipe.”^[2:10]

A forma de realização dessas funções deve ser pactuada junto às eqSF e da gestão, definindo-se diretrizes clínicas prioritárias e critérios para acionar o apoio - não deixando, contudo, de ser flexíveis e sujeitas a reavaliações e repactuações. Afinal, a ideia de inserir profissionais de outras especialidades na atenção básica é de potencializar o cuidado mediante novos olhares e recursos aos problemas de saúde de uma população adscrita, trazendo novos atores para compartilhar as responsabilidades e o processo de gestão do cuidado. ^[2]

Implantar o Nasf implica, portanto, a necessidade de estabelecer espaços rotineiros de reunião para pactuar e negociar o processo de trabalho: discussão de casos, definição de objetivos, critérios de prioridade, gestão das filas de compartilhamento (encaminhamento), critérios de avaliação dos trabalhos, resolução de conflitos etc. Nada disso acontece automaticamente e torna-se necessário que os profissionais assumam sua responsabilidade na cogestão e os gestores coordenem esses processos, em constante construção, do trabalho transdisciplinar^[2:15]

No documento “Cadernos de Atenção Básica n. 27 - Diretrizes do NASF”^[2] consta a afirmação de que “o NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às equipes de Saúde da Família” ^[2:50]. Isso não quer dizer que não existe a possibilidade de intervenção direta do NASF com os usuários, mas que elas devem ocorrer

apenas em situações nas quais ambas as equipes avaliam ser necessário, a partir da constatação de que para aquela situação específica os recursos da eqSF não se mostram suficientes. Ainda segundo o documento, as ações compartilhadas devem ser a forma de intervenção prioritária pela equipe NASF, pois propiciam a construção de saber para os profissionais.^[6]

É importante destacar algumas alterações normativas referentes à estruturação da atenção básica nos últimos anos. Em 2017 foi publicada a nova PNAB, que tem sido criticada por enfraquecer a ESF como estratégia prioritária para a organização da APS no Brasil.^[13] Morosini et al. (2018) destacam a ambiguidade na escrita da política que representaria um projeto velado de desmonte do SUS

Esta ambivalência é um recurso que permite omitir escolhas prévias (ideológicas), que parecem determinar o processo de revisão da PNAB no momento político atual. Tais escolhas remetem a uma concepção de Estado afinada com a racionalidade neoliberal, que aponta para o sentido inverso a uma maior presença do Estado, requerida para a continuidade do SUS como projeto e da AB como estratégia principal para a garantia da saúde como direito universal.^[13:15]

A nova PNAB traz mudanças importantes como a flexibilização da cobertura populacional por cada eqSF sem correlação necessária com o maior grau de vulnerabilidade, além de criar as equipes de atenção básica (eqAB) como outra forma de organização da APS. Apesar de manter a possibilidade da composição das eqSF, as eqAB representam uma conformação de equipe que retoma o modelo tradicional biomédico ao reduzir a composição mínima aos profissionais médico e enfermeiro.^[13]

Houveram também mudanças de enfraquecimento do modelo NASF. A nota técnica n. 3/2020- Desf/Saps/MS^[14] desvincula a existência de equipes de composição multiprofissional da atenção básica às eqNASF e define que “ a partir de janeiro de 2020, o Ministério da Saúde não realizará mais o credenciamento de NASF-AB, e as solicitações enviadas até o momento serão arquivadas.”^[14:1]

4.2 Saúde Mental na Atenção Básica

Desde a primeira normatização sobre a atenção em saúde mental no SUS (Portaria n. 224 de 1992)^[15], há menção sobre a participação das unidades básicas/centros de saúde **nessa linha de cuidado**. O papel da atenção básica no cuidado em saúde mental foi sendo reiterado nos documentos e normativas do Ministério da Saúde nos anos seguintes. Contudo, foi apenas em 2003, no documento “Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários”^[16], que sua operacionalização começou a ser mais bem delimitada, a partir da orientação de que o apoio matricial deveria ser a principal estratégia para a organização da saúde mental na atenção básica. A justificativa parte do reconhecimento de que as equipes da atenção básica não apenas se deparam cotidianamente com problemas de saúde mental, como são pontos estratégicos para o seu cuidado tendo em vista a proximidade com as famílias e comunidades; porém, acabam por não ter qualificação para essa complexa tarefa. Para além disso, a constatação de que

Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica.^[16:3]

Com a instituição dos NASF em 2008 mediante a portaria GM nº154 de março de 2008^[1], a lógica do apoio matricial foi ampliada a outras linhas de cuidados, mas a importância da saúde mental manteve destaque com a recomendação de que cada NASF contasse com pelo menos 1 profissional desse campo. Posteriormente à implementação do NASF, seguiram-se também maiores investimentos no sentido de orientação quanto à forma de atuação nesse cenário, como o “Caderno de Atenção Básica n. 27 - Diretrizes do NASF”^[2] em 2010, o “Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental”^[17] em 2011, e o “Caderno de Atenção Básica n.34 - Saúde Mental”^[18] em 2013.

Esse movimento brasileiro seguiu a tendência dos estudos em saúde mental global (Global Mental Health - GMH), para os quais a integração das ações de saúde mental na atenção primária seriam estratégia prioritária para a garantia do acesso e cuidado dos usuários portadores de transtornos mentais.^[5] Wenceslau e Ortega (2015)^[5] retomam alguns importantes trabalhos que justificam essa escolha estratégica. As argumentações perpassam o reconhecimento da relevante prevalência epidemiológica associada a um hiato terapêutico que denuncia a dificuldade de acesso ao cuidado e o subdiagnóstico dos transtornos mentais; além das potencialidades do cuidado nesse nível de atenção. Nesse sentido, destaca-se a possibilidade de ampliação do acesso em função da proximidade ao território e pela desvinculação do estigma associado aos transtornos mentais e por consequência, aos serviços especializados; além da abordagem integrada de problemas físicos, mentais e psicossomáticos e da longitudinalidade e vínculo características da APS. Contudo, cabe dizer de algumas condições levantadas para que essas potencialidades possam ser atingidas:

legislação e políticas específicas que ordenem e viabilizem financeiramente as redes de saúde para realizar este processo; um sistema de atenção primária, previamente estabelecido e eficiente; propostas que considerem particularidades locais da rede de saúde mental e da população atendida; treinamento dos profissionais envolvidos; suporte contínuo de especialistas, equipamentos especializados de referência e medicamentos ofertados de forma organizada com fluxos e responsabilidades bem definidos.^[5:1125]

4.3 A trajetória de Campinas

Campinas foi um município pioneiro na adoção do modelo da Atenção Primária à Saúde como orientador para a criação de seus serviços públicos, com relatos de experiências com os então chamados “Postos Comunitários de Saúde” desde a década de 60. Contudo, o modo de funcionamento desses serviços era muito mais baseado em uma assistência programática considerando áreas e agravos de doenças em saúde pública (como área da criança, da mulher, do idoso, de pessoas acometidas por doenças infectocontagiosas, de

peessoas com problemas de saúde mental), do que em uma assistência propriamente segundo os princípios da APS.^[6]

Mas eram unidades que contavam com uma equipe de saúde mais robusta que a equipe mínima proposta pelo PSF. Diante desse contexto, Campinas implantou sua própria versão desse modelo em 2001: o Programa Paidéia Saúde da Família. Para além da equipe mínima, composta por 1 médico generalista ou médico de família e comunidade, 1 enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, a equipe campineira contou também com a presença do pediatra e do ginecologista. E, para além das Equipes de Referências, foram constituídas Equipes de Apoio Matricial a partir das antigas áreas programáticas^[6]

A experiência do apoio matricial em Campinas serviu como referência para a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), através da portaria GM nº154 de março de 2008.^[1]

Em Campinas, as primeiras equipes NASF foram implantadas em 2011, mas apenas a partir de 2019 houve maior ampliação e investimento para incremento do NASF por todo o município - aumentaram de 6 para 31 eNASF até 2020. Atualmente, está em processo de composição/recomposição das eSF e das eNASF, passando os profissionais pediatra, ginecologista-obstetra, e psicólogo a compor eNASF.^[7]

Apesar das alterações normativas referentes à ESF e NASF mediante a nova PNAB^[13] e a nota técnica n. 3/2020- Desf/Saps/MS^[14], conforme exposto acima, nos últimos dois planos municipais de saúde (2018-2021 e 2022-2025), foi reafirmada a meta de expansão das eSF e eNASF. Como parte da estratégia para expansão e consolidação da ESF e do NASF, a Secretaria de Saúde de Campinas lançou em 2021 o “Documento Orientador para a Continuidade do Processo de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS) na Rede Básica do SUS-Campinas”^[8]. Neste documento, afirma-se que

Essa nova atribuição dos profissionais pode gerar tensões, necessitando habilidade e abertura ao diálogo das partes envolvidas, composição de

interesses visando a qualificação da atenção e melhoria dos processos de trabalho. Requer também segurança profissional, atualização adequada, capacidade pedagógica e disponibilidade de trocar com o outro. Para adequada divisão das tarefas são necessários protocolos atualizados e bem elaborados e papel profissional mais definido, para se evitar o simples repasse de pacientes ou a recusa de se assumir os casos que tenham indicação.^[8:22]

Também no documento consta a escolha pela reorientação dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde para que os residentes passassem a compor eNASF como estratégia para sua consolidação^[8]. Também cita o “Programa Mais Médicos Campineiro”, uma articulação entre a Prefeitura de Campinas e universidades para incentivo à formação de médicos especialistas em família e comunidade, com uma complementação de R \$11.000,00 ao residente através do Fundo Municipal de Saúde como complementação à bolsa do Ministério da Saúde.

No relatório “Avaliação dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB): o olhar e a voz de seus trabalhadores”^[7] organizado pelo Conselho Municipal de Saúde de Campinas (2021), recebe destaque o alto percentual de residentes (20,3%) e de profissionais de remanejamento compulsório (17,7%) na composição das eNASF:

Embora seja muito importante para a formação para o SUS, a rede municipal não deve delegar à residência a incumbência da implantação e desenvolvimento do NASF. Por haver um número expressivo de residentes, há o risco de a rede se tornar dependente dos mesmos para a efetivação desta política, subvertendo o sentido primordial da residência enquanto estratégia de ensino e não de provimento^[7:22]

4.4 Apoio Matricial e Equipe de Referência

Apoio matricial e equipe de referência são dois conceitos propostos por Campos^[3] fundamentais para a discussão que se propõe neste trabalho, na medida em representam a metodologia de gestão de cuidado a partir da qual foi construída a proposta do Núcleo Ampliado de Saúde da Família pelo Ministério da Saúde. Utilizei como referência para o

desenvolvimento desta seção o texto “Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde”, de autoria de autoria de Campos e Domitti (2007).^[3]

A equipe de referência é uma equipe interdisciplinar que tem a responsabilidade pela condução longitudinal de um certo número de casos inscritos em seu cadastro. O que significa que ela é a equipe mínima considerada essencial para a condução dos problemas de saúde de uma determinada população adscrita, e que deve manter sua responsabilidade sobre um caso ao longo do tempo, mesmo quando necessária a intervenção complementar de outros profissionais ou equipes de saúde - ou até mesmo intersetoriais.^[3]

A palavra “caso” refere-se aqui não somente ao caso de um sujeito individual, mas que pode ser também familiar e comunitário - a depender das especificidades do cenário no qual se insere a equipe de referência. Essa observação é importante na medida em que a equipe de referência deve ocupar-se não apenas da assistência e da discussão de casos clínicos, mas também da intervenção em problemas sanitários ou de gestão.^[3]

Nesse sentido, a equipe de referência realiza o objetivo de propiciar um deslocamento do poder das instituições e dos especialistas focais para uma unidade organizacional menor capaz de atuar de maneira dialógica e integrada para a tomada de decisão. E, nesse movimento, associada à possibilidade de construção de vínculo, é capaz de trazer também maior autonomia aos sujeitos usuários por permitir maior espaço para a pactuação sobre seu próprio cuidado em saúde.^[3]

Complementar à metodologia de equipes de referências, o apoio matricial entra como estratégia para a ampliação da capacidade de raciocínio e de intervenção clínica e sanitária dessas equipes; assim como uma proposta de reformulação de uma lógica tradicional burocrática e verticalizada de encaminhamento ao especialista - materializada pelos documentos de referência e contra-referência e pelas centrais de regulação.^[3]

O apoiador matricial é um especialista de núcleo distinto daqueles que compõem a equipe de referência que irá atuar de forma a proporcionar retaguarda assistencial e suporte

técnico pedagógico. Ou seja, sua atuação poderá incluir tanto a assistência direta à população adscrita da equipe de referência - mediante atendimentos e intervenções individuais ou conjuntas com a equipe, quanto a troca de conhecimentos a partir da discussão de casos e condutas.^[3]

A ideia é que existam espaços programados periódicos de discussão entre a equipe de referência e o apoiador matricial, mas que também seja possível flexibilidade para acionar o apoiador em casos que demandam maior urgência. Devendo a forma como se dará essa relação ser pactuada entre equipe de referência, apoiador e gestão segundo as particularidades do contexto de atuação.^[3]

Assim como a proposta da equipe de referência, o apoio matricial almeja a uma rearticulação das relações de poder. Nesse caso, opera em contraposição a uma relação necessária de autoridade que estaria colocada como única possibilidade para um sistema de saúde que se organiza a partir do princípio da hierarquização entre níveis de atenção. Propõem uma nova relação entre referência e especialista, mais horizontal e dialógica, na qual seja possível pensar em projetos de intervenção de maneira compartilhada a partir justamente da interação entre as diferentes leituras e núcleos de saber.^[3]

Reconhecendo a ambiciosidade da proposta dessas novas metodologias de cuidado, na medida em que demandam e produzem transformações profundas na forma de organização dos serviços de saúde e nas relações entre os profissionais, Campos e Domitti^[2] traçaram alguns obstáculos com os quais sua implementação poderiam se deparar. Os organizaram em 6 categorias - obstáculo estrutural; obstáculos decorrentes do excesso de demanda e da carência de recursos; obstáculo político e de comunicação; obstáculo subjetivo e cultural; obstáculo epistemológico; e obstáculo ético - que utilizarei como fio condutor para a análise das cenas cotidianas que servem de objeto a este relato de experiência. Em última instância, esses obstáculos dizem sobre o desafio da implementação de um modo de fazer compartilhado.^[3]

4.4.1 Obstáculos

A primeira categoria, “obstáculo estrutural”, diz respeito à forma de organização tradicionalmente adotada nos serviços de saúde: a divisão da instituição em unidades de gestão menores segundo profissões e especialidades. Esse arranjo organizacional tem seu protótipo e exemplo máximo em um hospital no qual, em uma mesma enfermaria, atuam profissionais de diferentes especialidades que respondem a diferentes chefias (cada uma dentro de sua própria categoria profissional), e que se responsabilizam pelo seu próprio objeto de intervenção fragmentado. Trata-se de um modo de organização do trabalho em saúde que não corresponde à complexidade do fenômeno do processo-saúde-doença - e, portanto, não seria resolutivo, mas que se sustenta no processo de especialização crescente das áreas de conhecimento, que não se restringe à saúde.^[3]

A categoria “obstáculos decorrentes do excesso de demanda e da carência de recursos”, refere-se ao fato de que a oferta de serviços pelo SUS ainda é insuficiente para abranger a população brasileira. A implantação do SUS ainda é um processo em construção, atravessado por importantes disputas políticas. Gastão e Domitti^[2] destacam como as novas metodologias propostas têm o potencial de justamente garantir um uso mais racional dos recursos por meio da ampliação da capacidade resolutiva das equipes, porém implementá-las num cenário de escassez pode ser um grande desafio.

O “obstáculo político e de comunicação”, pondera sobre o real poder de deliberação e construção conjunta entre os especialistas. Para atingir de fato o deslocamento proposto pelas metodologias do apoio matricial e da equipe de referência, seria necessária a criação de espaços coletivos com poder de deliberação e capacidade de circulação de informações, o que dependeria ainda de mudanças a nível legislativo e cultural.^[3]

O “obstáculo subjetivo e cultural” parte da premissa de que é necessário uma subjetividade aberta às incertezas e divergências que perpassam o fazer coletivo. Contudo, reconhece que esse não é o padrão de subjetividade das instituições contemporâneas e que, seguindo a tendência de especialização do trabalho, os profissionais cada vez mais constituem sua identidade a partir de seus núcleos de especialidade. A possibilidade de construção

compartilhada dependeria de certa mediação, com pactuações de métodos de trabalho, estabelecimento de metas e critérios de avaliação, o que também não faz parte da cultura dos gestores e das equipes.^[3]

O “obstáculo ético” diz respeito à circulação de informações sobre os usuários entre membros das equipes, tanto em discussões de caso e composição de projetos terapêuticos, quanto na existência de prontuário único de amplo acesso. Entra aí a questão ética do quanto e do que compartilhar.^[3]

O “obstáculo epistemológico” traz a tendência das especialidades em trabalhar com uma determinada leitura da realidade, seja mediante a valorização de uma racionalidade biomédica ou social - cabendo acrescentar também uma racionalidade psicológica que, assim como a biomédica, individualiza questões atravessadas pelo social. O desafio seria, então, possibilitar a integração dessas diferentes e complementares leituras, algo que a metodologia do apoio matricial poderia contribuir.^[3]

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao longo desta sessão serão apresentadas a descrição de seis cenas do cotidiano de trabalho escolhidas, seguidas de sua respectiva análise a partir das categorias de obstáculos de Campos e Domitti (2007)^[3] e de literatura sobre o NASF.

Em cinco das cenas foram identificadas mais de uma categoria de obstáculos, e apenas o “obstáculo ético” não foi contemplado em nenhuma delas. As outras cinco categorias - obstáculo “estrutural”, “decorrentes do excesso de demanda e da carência de recursos”, “políticos e de comunicação”, “subjeto e cultural” e “epistemológico”^[3] tiveram frequência bastante semelhante: cada deles um aparece em três cenas, com exceção dos “obstáculos decorrente do excesso de demanda e da carência de recursos”^[3], identificado em 4 cenas. A cena 5 (C5), sobre o matriciamento do CAPS, foi a que apresentou mais obstáculos identificados concomitantemente, totalizando cinco deles.

Os obstáculos identificados em cada uma das cenas estão dispostos na tabela 1.

Tabela 1. Obstáculos para a consolidação do apoio matricial identificados nas cenas.

Cena	Obstáculos identificados
C1	Obstáculo estrutural.
C2	Obstáculo estrutural. Obstáculos políticos e de comunicação. Obstáculo subjetivo e cultural.
C3	Obstáculo decorrente do excesso de demanda e da carência de recursos. Obstáculo político e de comunicação. Obstáculo epistemológico.
C4	Obstáculos do excesso da demanda e da carência de recursos. Obstáculo epistemológico.
C5	Obstáculo estrutural. Obstáculo decorrente do excesso da demanda e da carência de recursos. Obstáculo político e de comunicação. Obstáculo subjetivo e cultural.

	Obstáculo epistemológico.
C6	Obstáculos decorrentes do excesso de demanda e da carência de recursos. Obstáculo subjetivo e cultural.

5.1 Sobre os encaminhamentos ao especialista e os obstáculos estruturais

Cena 1 (C1). *Estou na reunião da equipe NASF quando um técnico de enfermagem bate na porta e pede que me entreguem um papel. Vejo que se trata de um pedido de encaminhamento para acompanhamento psicológico feito pela equipe de um serviço de atenção secundária da rede. Leio o encaminhamento, e consta no pedido que o usuário está sendo encaminhado para avaliação e conduta pela psicologia por apresentar demandas emocionais frente ao quadro de dor crônica iniciado após infecção por Coronavírus (COVID 19). Após a leitura, me pergunto se o usuário estaria aguardando alguma posição na sala de acolhimento, e saio da reunião para verificar. Sou informada de que o usuário já havia sido liberado, só queria me entregar o encaminhamento.*

Inicialmente interpretei essa cena como um senso de urgência para um caso que não seria classificado como tal. Era essa a minha sensação à medida que ia vivenciando aquele espaço: tudo precisa de uma resposta imediata; não se deixa nada para depois. Os profissionais frequentemente comentavam como sentiam-se fazendo um trabalho que seria característico de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), já que deveriam responder a toda demanda de atendimento. Esse relato pode ser analisado segundo a alta pressão assistencial e a compreensão da equipe e da população sobre a estratégia do acolhimento. Contudo, analisando retrospectivamente essa cena pela perspectiva da estratégia NASF, outros elementos me chamam a atenção.

Em uma revisão bibliográfica buscando identificar os impasses e desafios vivenciados no apoio matricial em Saúde Mental na Atenção Básica por meio dos NASF, Treichel et al^[9] os classificaram segundo as categorias de obstáculos de Campos e Domitti^[3]. Nos “obstáculos estruturais”^[3] identificaram três impasses/desafios que podem ser reconhecidos na cena descrita: a “falta de clareza dos profissionais quanto ao papel do

serviço e de sua atuação neste”^{9:10]}; a “perpetuação da lógica do encaminhamento, sem continuidade das ações entre os níveis de atenção e com baixa responsabilização pelo segmento dos pacientes”^{9:10]}; e a “fragmentação da rede com baixa integração ou burocratização do fluxo entre os serviços”^{9:10]}. O primeiro e o segundo foram abordados, respectivamente, em 12 e 11 dos 38 estudos incluídos na revisão; e o terceiro, em 18 estudos, tendo sido o segundo impasse/desafio mais recorrente. Iniciarei a discussão pelo primeiro: “falta de clareza dos profissionais quanto ao papel do serviço e de sua atuação neste”^{9:10]}.

Chegando em campo, o principal questionamento recebido era se iríamos abrir agenda, o que era uma pergunta sobre a realização ou não de atendimentos individuais. Aneas (2018)^[21] descreve situação semelhante ao analisar o processo de construção do NASF no município de São Paulo. Traz em seu relato a expectativa dos profissionais da eqSF sobre a realização de atendimentos individuais pelos especialistas, associada à falta de articulação da gestão municipal junto à ESF no sentido de construir a entrada do NASF. Tanto no sentido de formação da ESF sobre a estratégia NASF, quanto de pactuação conjunta sobre como se daria sua inserção e forma de atuação. Vivencia-se atualmente processo semelhante em Campinas. A gestão municipal tem feito algumas investidas de formação e suporte aos profissionais NASF, porém o diálogo não tem sido ampliado para incluir os profissionais da ESF.

A compreensão sobre a proposta do NASF tem sido alvo de diferentes interpretações. Tesser (2017)^[22] problematiza duas frequentes leituras que reduzem a função do NASF a dois extremos: uma que privilegia o caráter de assistência especializada ao usuário e outra, o caráter técnico pedagógico. Em oposição à perspectiva sobre a expectativa dos profissionais da ESF sobre os atendimentos individuais, Tesser (2017)^[22] pondera sobre como as normativas oficiais estimulam a realização de atividades generalistas pelo NASF - “potencialmente ‘desnorteando’ os profissionais dos NASFs, que passam a se ver, em alguns locais, como apoiadores ou, mesmo, realizadores de ações generalistas.” ^[22:569]

Ampliando o olhar para rede, é possível abordar os outros dois impasses. O serviço encaminhador tem programado um espaço de matriciamento junto ao Centro de Saúde,

informação que apenas descobri algum tempo depois, justamente ao tentar discutir esse caso e ser solicitada que aguardasse esse momento. Contudo, o caso não foi discutido previamente. O técnico de enfermagem apenas repassou o encaminhamento, intermediando a conexão entre um especialista e outro. Nesse processo mecânico - não propriamente burocrático, voltarei a isso -, fica a sensação de que não há escuta sobre o caso se ele chega com um encaminhamento já definido. Situações como essa foram me levando a pensar que essa forma de encaminhamento, praticamente nominal ao especialista, faz um desserviço à tentativa de construção de uma clínica ampliada na atenção básica, na medida em que, à priori, já limita as possibilidades de uma leitura mais complexa do caso e de maior implicação da eqESF.

Afirmar que esse processo não era propriamente burocrático, e agora me justifico. A burocracia pressupõe uma estrutura organizativa com regras determinadas. Mas o caminho percorrido por um caso categorizado como de saúde mental está longe de ter um fluxo definido. Identificada a demanda para a saúde mental, procura-se o psicólogo para saber o que fazer.

Ainda abordando o “obstáculo estrutural”^[3], cabe pensar o que essa cena diz do processo de trabalho da enfermagem naquela unidade. Os técnicos de enfermagem não costumam participar das reuniões das eqSF devido a justificativa de que a alta demanda assistencial e a escala da enfermagem não permitem. Não havia, portanto, para o profissional da cena descrita, nenhum espaço programado para o compartilhamento de casos. Normalmente, o técnico colocaria o encaminhamento na porta da sala da psicóloga da unidade, mas eu não tinha uma sala.

Os técnicos de enfermagem tradicionalmente tem sua função reduzida a um caráter mais procedimental, que desconsidera seu conhecimento e potência de intervenção ampliada do cuidado em saúde^[21], além de exercerem funções que não se restringem à função de referência da população adscrita, como vacinação, curativos, observação.^[23]

Trata-se de uma organização do trabalho que, para além do desejo individual de cada profissional em participar do modelo preconizado pela ESF e pelo NASF, impõem barreiras à sua realização.

Além disso, Aneas (2018)^[21] ressalta como o trabalho das eqSF tem se distanciado de seus princípios orientadores em função da pressão assistencial e da precarização do trabalho. Essa realidade, segundo a autora, estaria contraposta às tentativas do NASF de construir uma clínica ampliada e compartilhada. Essa é uma realidade destacada no documento Avaliação dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB): o olhar e a voz de seus trabalhadores^[7], que traz a existência de eqSF deficitárias quanto ao seu dimensionamento e os efeitos do confronto com a demanda reprimida durante a pandemia COVID 19.

Ao discutir sobre as disputas de poder que atravessam as relações entre as eqSF e eqNASF, Aneas (2018)^[21] faz uma importante consideração

A necessidade de burocratizar o processo de trabalho e discutir todos os casos, dos mais pontuais aos mais complexos, em reunião, em vez de pactuar espaços coletivos e grupos mais abertos nas unidades, aparece também como uma forma de estabelecer uma relação de poder.^[21:110]

Não se trata aqui de defender um fluxo rígido para acesso ao NASF, que só poderia se dar por meio da reunião de matriciamento. Trata-se, antes, de refletir sobre um procedimento que se sustenta numa estrutura tradicional dos equipamentos de saúde e que opera no sentido de barrar a troca de saberes que constitui parte fundamental da proposta do apoio matricial.

5. 2 Sobre a negativa da saúde mental: obstáculo subjetivo?

Cena 2 (C2). *Sou abordada pela profissional que conta que um homem jovem chegou no acolhimento relatando estar se sentindo muito ansioso, mas sem conseguir dizer nada mais. Pergunto como está a fila para o acolhimento, e ela me responde que o movimento*

está tranquilo. Convido então que ela se junte a mim para conversar um pouco com o usuário, mas ela diz que prefere não ir. Vou sozinha.

Fiz a pergunta sobre a fila para o acolhimento já sabendo que esse costuma ser um importante entrave para a escuta em saúde mental nesse espaço. É frequente a fala de que os casos de saúde mental “travam o acolhimento”, por demandar um tempo mais longo de escuta.

Talvez nessa cena pareça claro que estamos lidando com um “obstáculo subjetivo e cultural”^[3], mais especificamente, com a “dificuldade/negativa dos profissionais em lidar com questões relacionadas à saúde mental”^[9:11], como nomeiam Treichel et al (2019).^[9]

Há relatos na literatura sobre a angústia e medo em lidar com as demandas em saúde mental seja por desconhecimento, pela sensação de impotência que eles muitas vezes provocam ou até mesmo pela possível identificação com o sofrimento que não é apenas do outro - já que muitos profissionais compartilham não apenas das vulnerabilidades do território, como encontram-se em sofrimento psíquico ou tem algum familiar nessa situação.^[6,24]

Aneas (2018)^[21] discute sobre como a subjetividade dos trabalhadores aparece a todo momento no trabalho na atenção básica. Pondera, contudo, como os afetos não são considerados na análise do cotidiano de trabalho, sendo as dificuldades dos profissionais da ESF frequentemente interpretadas como resistência pelo NASF:

Os afetos e a subjetividade ainda são dimensões pouco incorporadas e reconhecidas no trabalho das equipes de NASF e de saúde da família e ainda não são um objeto de análise do coletivo. Quando o afeto aparece nos espaços de cogestão, as pessoas envolvidas procuram transformá-lo em objeto de análise técnica, recorrendo ao conhecimento técnico-científico, sem reconhecê-lo em seu campo específico de experiência e de saber, o que gera desconfortos velados.

[21:108]

Acredito não poder falar desse obstáculo sem associá-lo a um “obstáculo estrutural”^[3], mais especificamente a “falta de clareza dos profissionais quanto ao papel do serviço e de sua atuação neste^[9]”, já mencionado acima. Afinal, o quanto os profissionais da enfermagem sentem ser parte de suas atribuições profissionais lidar com questões da saúde mental?

A saúde mental ainda é compreendida, em muitos contextos, como uma ação que deve ser respondida por especialistas da área; e, como relatado por outros estudos, alguns profissionais ainda encaram a ampliação da oferta de cuidados em saúde mental na AB como um acréscimo de trabalho (que extrapola suas funções e seus conhecimentos ou que gera sobrecarga) ou como falta de responsabilização da atenção^[25:121]

No Documento Orientador para a Continuidade do Processo de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS) na Rede Básica do SUS Campinas (2021)^[8], publicado com o objetivo de reafirmar o compromisso da Secretaria de Saúde de Campinas com a implementação da ESF e do NASF, constam os papéis e atribuições de cada profissional atuante na atenção básica. Na descrição do técnico de enfermagem, não há nenhuma menção explícita ao cuidado em saúde mental.

Enquanto residente de um programa de saúde mental, me é claro que o cuidado em saúde mental não se faz apenas pelo especialista. E, mesmo assim, nem sempre é tão fácil reconhecer quais os casos demandam intervenção especializada na atenção básica ou em algum outro ponto da rede, ou que podem ficar sob os cuidados da ESF - e de que forma. Participo de espaços de discussão e de formação que me ajudaram a construir essa visão. Contudo, essa não é a realidade dos profissionais. Mesmo que existam alguns importantes materiais do Ministério da Saúde sobre o cuidado em saúde mental na atenção básica, a formação permanente no serviço é fundamental para que se tenha acesso aos extensos conhecimentos demandados para se atuar nesse ponto da rede.

Nessa cena, cheguei a pensar se deveria ter insistido para que a técnica de enfermagem participasse do acolhimento comigo, pensando no caráter pedagógico da minha função enquanto NASF. Sobretudo em um processo de implementação dessa nova metodologia de

trabalho, estar junto no acolhimento parece ser essencial. Era uma estratégia inicial para lidar com os vários pedidos de atendimento para demandas espontâneas, independente do grau de gravidade/urgência. Contudo, a posição de residente e também de novata na equipe, me fizeram dar um passo atrás. Que autoridade eu tinha nessa situação? Seria essa uma postura hierárquica? E por conseguinte, será que essa é uma construção que pode ser feita apenas mediante a relação entre eNASF e eSF? Entramos aqui no terreno dos “obstáculos políticos e de comunicação”^[3]

Aneas (2018)^[21] discute sobre as relações de poder estabelecidas entre ESF e NASF a partir da observação realizada no município de São Paulo. Traz sobre situações de disputa de poder em que as equipes NASF buscavam mecanismos para estabelecer uma relação vertical, como a burocratização da discussão de casos, e também situações nas quais as equipes NASF se colocavam de maneira submissa, aceitando a todos os pedidos de encaminhamento das eqSF.

Alguns profissionais do NASF tentavam problematizar este processo, mas ao notar a resistência, recuavam para evitar o conflito e acabavam se submetendo a esta relação. Há várias razões pelas quais os profissionais evitam o conflito, entre elas está o receio da resposta da gestão. Outros profissionais não conseguem ter uma percepção crítica em relação a este movimento e simplesmente vão respondendo aos pedidos e demandas de forma alienada.^[21:109]

Muitas vezes me vi numa postura mais próxima da submissão, mesmo que consiga reconhecer também posturas hierárquicas, que abordarei em outra cena. Sentia-me incapaz de negar a uma demanda de atendimento pela equipe - ou de responder a demanda de alguma outra forma.

Lopes (2015)^[6], ao narrar o processo histórico da construção da saúde mental em Campinas, fala sobre como a ausência de uma parceria mais ativa da gestão local no sentido de suporte à implementação do apoio matricial em saúde mental - anterior ao estabelecimento do NASF em Campinas - manteve os profissionais em um sentimento de solidão. Descreve:

Relatam não contar com a gestão (municipal, distrital, local) e tampouco com os Apoiadores Institucionais para construir parcerias que favoreçam o Apoio Matricial. Dependem exclusivamente da iniciativa própria e de sua capacidade de auto-organização e, por esta razão, suas ações alcançam apenas onde sua autonomia lhes permite chegar, ou seja, o âmbito da micropolítica^[6:142]

Atualmente, é importante reconhecer movimentos da SES Campinas no sentido de amparar os profissionais NASF na implementação do modelo, como a criação de uma rede de discussão mensal e uma aproximação dos apoiadores distritais. Contudo, esse movimento ainda tem sido incipiente e tem se restringido a fomentar espaços de formação para os profissionais NASF, sem participação da ESF.

No documento “Avaliação dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB): o olhar e a voz de seus trabalhadores” (2021)^[7] afirma-se que

(...) a responsabilidade da formação não deve recair unicamente sobre os trabalhadores do NASF, ainda que a dimensão técnico-pedagógica seja preconizada no cotidiano de trabalho. Cabe à gestão não apenas apoiar e dar condições para o NASF desempenhar esta função, mas também ofertar capacitações significativas e de forma permanente.^[7:24]

Cabe destacar aqui a ausência de um identidade do NASF enquanto coletivo à ocasião da cena descrita, ainda hoje em processo de construção. A eNASF na qual me inseri como residente foi constituída a partir da transição dos contratos dos profissionais da psicologia, pediatria e ginecologia que já atuavam há vários anos em seus respectivos Centros de Saúde, além quatro novas residentes multiprofissionais. Alguns meses depois foram convocadas duas novas profissionais já com o cargo de profissional do NASF. Acredito que essa entrada teve forte influência no processo ainda em construção de um coletivo para a equipe, produzindo efeitos na relação com as eqSF e na capacidade de pactuação.

5. 3 Sobre o acesso ao especialista, os obstáculos epistemológicos, políticos e de comunicação

Cena 3 (C3). *Estou evoluindo prontuários entre um atendimento e outro. Chegam até a sala que ocupava e dizem que uma mulher veio para conversar com a psicóloga. Não sabem me dizer do que se trata. Faço uma busca no prontuário eletrônico e não há nenhuma informação. Vou até a usuária, que me conta ter passado em acolhimento no dia anterior, e ter sido orientada a retornar hoje à tarde para tentar conversar com a psicóloga. Ela me conta sobre uma sensação de “coração batendo forte” que lhe contaram que devia ser ansiedade, mas não sabe bem se é isso mesmo. Já passou em consulta médica alguns anos atrás pela mesma sensação e lhe disseram que devia ser psicológico. Sempre foi uma pessoa muito agitada e no momento está bastante preocupada aguardando os médicos fecharem um possível diagnóstico de autismo para sua filha.*

Poderia dizer inicialmente que aqui destaca-se o “obstáculo decorrente do excesso de demanda e da carência de recursos”^[3]. Talvez já prevendo a dificuldade de acesso ao atendimento com a psicóloga, ou mesmo sem ter no momento do acolhimento algum profissional da saúde mental para discutir aquela demanda, o técnico de enfermagem parece ter tentado contornar um caminho burocrático para tentar garantir alguma resposta para aquela mulher em sofrimento.

O momento do acolhimento parece ser vivido com bastante angústia pelos técnicos de enfermagem. É preciso muitas vezes dar a resposta de que aquilo que o usuário demanda, a unidade não tem a oferecer. Os técnicos de enfermagem muitas vezes são os mensageiros dessa falta, e quem recebe a frustração da população.

Mas essa cena diz também de um “obstáculo epistemológico”^[3], na medida em que a conduta compartimentaliza a ação de saúde em especialidades, não olha a demanda a partir de uma visão biopsicossocial, e não compreende a posição do especialista psicólogo na lógica do matriciamento. Afinal, a leitura feita no acolhimento parece ter sido de que a única forma de cuidado possível para aquela situação era de que ela chegasse ao especialista, nesse caso, o psicólogo. E, ainda mais, de que o acesso à psicologia é difícil.

Trata-se de uma dificuldade de acesso não necessariamente do usuário ao serviço, mas que diz do processo de trabalho que se coloca entre ESF e NASF naquela unidade. Diz de um processo de trabalho fragmentado, sem pactuação de modos de fazer e das expectativas de cada equipe. De modo que parece ter sido necessário construir um atalho para que o usuário pudesse acessar o cuidado que o profissional avaliava ser o mais adequado. Para além de ter correspondido aos princípios de uma clínica ampliada ou não em sua avaliação, cabe refletir sobre essa relação existente entre as equipes NASF e da ESF.

Ao chegar em campo, o clima geral parecia ser de recusa à proposta NASF, a princípio por uma compreensão sobre o NASF que não necessariamente correspondia às normativas - a de que o NASF não atende, apenas discute casos. Porém, olhando em retrospectiva percebo que de certa forma eu tinha a expectativa de que a equipe fosse pactuar com os modos de fazer que eu idealizava segundo a teoria, já que me frustrava a cada vez que percebia a dificuldade de construir corresponsabilização pelos casos.

Fiz a opção por não ter minha agenda no sistema de prontuário eletrônico à princípio. Queria conhecer melhor o campo, pois me gerava receio a possibilidade de que fossem agendados atendimentos sem pactuação prévia, e que minha agenda acabasse dominada por atendimentos individuais. Era em última instância o receio de acabar fazendo um trabalho “ambulatorial” que eu tanto tinha visto sido criticado nos estudos sobre o NASF. Aneas (2018)^[21] aborda a concepção presente entre muitos trabalhadores de que ““fazer ambulatorio” não é papel do NASF”^[21:126], e a problematiza

Cabe ressaltar que não é o tipo de atendimento que configura um ambulatório, mas sim um modelo de atendimento que é fragmentado, desarticulado e não pactuado com as equipes de saúde da família, desconectado do contexto da população e de uma perspectiva de cuidado integral. Isso aparece de forma equivocada no discurso das equipes do NASF. Desta forma, há pouca reflexão crítica dessas equipes em relação ao tipo de atendimento específico que desenvolvem, de modo que o modelo assumido é cristalizado como uma verdade inabalável. O foco se desloca das necessidades de acompanhamento da

população para os instrumentos e procedimentos, que se tornam um fim em si mesmo a ser preservado.^[21:127]

Esses elementos me levam a pensar sobre como a motivação para a conduta do profissional na cena descrita possa ter relação também com a falta de transparência estabelecida com a eqSF em relação aos casos de saúde mental. Existiam discussões de casos, seja em reuniões de equipe ou em momentos mais informais, mas em nenhum momento desde minha chegada em campo houve uma discussão coletiva mais concreta para pactuações juntamente com as eqSF sobre o fluxo da saúde mental.

Talvez justamente porque ainda não era possível identificar os integrantes do NASF como uma equipe naquele momento. Fazia poucos meses que haviam sido iniciadas reuniões de NASF, e seus integrantes eram residentes recém chegados nos campos e profissionais que tiveram suas funções realocadas para o NASF. Atualmente as discussões sobre a alta demanda da saúde mental tem se intensificado e sendo até demandas pelas eqSF, e espera-se que seja tema importante no planejamento anual da unidade.

Estaríamos lidando aqui, portanto, com um “obstáculo epistemológico”^[3] que diz tanto da “compartimentalização das ações em saúde em especialidades”^[9], quanto da “falta de delineamentos claros sobre estratégias para prática do matriciamento, coordenação dos casos e seguimento longitudinal”^[9], utilizando novamente os impasses/desafios nomeados por Treichel et al.^[15] Além de “um obstáculo político e de comunicação”^[3], na medida em que diz também de relações de poder.

No documento “Avaliação dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB): o olhar e a voz de seus trabalhadores” (2021)^[7] a categoria “Gestão do Processo de trabalho” foi a mais citada em pesquisa com trabalhadores do NASF Campinas para a pergunta “o que você mudaria no seu trabalho NASF?”. Ela refere-se à sistematização de processos organizacionais em relação a fluxos e divisão de carga horária em pactuação com a eqSF e apoio dos gestores. Ao longo do documento são reiteradas afirmações dos profissionais do NASF quanto ao desejo e avaliação de necessidade de maior construção coletiva com as eqSF.^[7]

Cabe ressaltar que houveram tentativas prévias de pactuação pela psicóloga concursada da unidade, mas não no novo contexto de implementação do NASF.

5.4 Sobre o reconhecimento das práticas em saúde mental e o obstáculo epistemológico

Cena 4 (C4). *Sou chamada para acolher uma usuária que está passando por uma crise de ansiedade. Pela expressão do profissional, a situação parece grave. Vou para a sala na qual ela está, e percebo que a equipe já estava manejando a situação, e não entendi qual função ocuparia. Logo entra na sala um técnico de enfermagem para medicá-la. Os outros profissionais foram se retirando e nos deixaram a sós para conversar.*

É afirmação reiterada o fato de que a capacitação para os cuidados em saúde mental são importantes para que as eqSF possam lidar com essa demanda. O apoio matricial é, inclusive, uma importante estratégia nesse sentido. Contudo, nessa cena o ponto de análise na relação da eSF com o cuidado em saúde mental não pode ser a falta de conhecimento para o desenvolvimento do trabalho.

A equipe deu conta de lidar com a demanda sem a ajuda de um profissional da psicologia. Mas parece que sem a presença do especialista, foi como se não tivesse sido o suficiente. Não sei o quanto aqueles profissionais se deram conta de que realizaram naquele momento um cuidado em saúde mental.

Situações como essa, e até mais graves, surgem no cotidiano do Centro de Saúde com alguma frequência. Muitas das vezes, não há nenhum profissional de psicologia na unidade. E a equipe dá conta, mesmo que talvez o cuidado ainda fique muito centrado na figura do médico. Por que então acionar o especialista para uma ação já tão conhecida pela equipe?

O obstáculo aqui parece ser a noção de que o melhor cuidado é aquele ofertado pelo especialista e que essa é justamente sua função e, portanto, um “obstáculo epistemológico”.^[3]

Construir junto a ESF formas de cuidado em saúde mental, assim como ajudar na compreensão daquelas práticas já realizadas como ações em saúde mental fazem parte da função de apoio pedagógico do NASF^[17].

Mas não é possível deixar de considerar o atravessamento dos “obstáculos do excesso da demanda e da carência de recursos”^[3], já que, se há um especialista cuja função supostamente seria lidar justamente com essa demanda, ele fica com essa e vou cuidar das outras que estão batendo à porta.

5.5. Sobre o matriciamento do CAPS: múltiplos obstáculos

Cena 5 (C5). *A cada reunião de matriciamento do CAPS era preciso convocar a equipe. Com algumas exceções, não havia programação prévia na agenda dos profissionais para a participação na reunião. Não foi apenas uma vez que a reunião de matriciamento do CAPS contou apenas com a presença de residentes da equipe NASF. Uma vez estive sozinha com as matriciadoras, e terminei a reunião com vários recados para repassar às equipes.*

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço da atenção especializada em saúde mental, responsável por “realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes”.^[26]

Apoiar as equipes de SF na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de transtornos mentais comuns, severos e persistentes. Ressalta-se que deve haver a articulação entre as equipes de Nasf e Saúde da Família com as equipes de CAPS para um trabalho integrado e apoio do CAPS nos casos necessários. As eqSF devem identificar os casos de saúde mental e, em conjunto com os NASF e/ou CAPS (a depender dos recursos existentes no território), elaborar estratégias de intervenção e compartilhar o cuidado.^[26]

O “obstáculo decorrente do excesso da demanda e da carência de recursos”^[3] se presentifica nessa cena assim como em várias outras. Ele atravessa toda a prática cotidiana. Muitas vezes a demanda impede que os profissionais estejam em outros espaços importantes que não a assistência direta à população.

Cabe destacar também o momento vivenciado desde o início da pandemia do COVID 19, que teve forte influência na realização periódica e consistente desse espaço. Por muitos meses as reuniões de matriciamento do CAPS deixaram de acontecer, e a retomada não tem sido um processo simples.

Contudo, o esvaziamento das reuniões de matriciamento do CAPS refletem outras questões importantes, não parecendo se justificar por esse fatores apenas. Cabe questionar o quanto os profissionais das ESF se sentem pertencentes a esse espaço e o quanto o consideram produtivos para a realização de suas funções.

Deve ser destacada a presença da “lógica de compartimentalização das ações em saúde em especialidades”^[9], correspondente a um “obstáculo epistemológico”^[3], que contribui para a compreensão quanto a ausência de uma composição mais multidisciplinar nesse espaço. O matriciamento do CAPS parece ser visto como um espaço de discussão entre profissionais da saúde mental, assim como o matriciamento de cardiologia, por exemplo, é realizado entre profissionais médicos. O que não deixa de ser também um “obstáculo estrutural”^[3] referente à falta de clareza dos profissionais quanto ao papel do serviço e de sua atuação neste, já que o cuidado em saúde mental já há algum tempo consta nos documentos orientadores do SUS como uma atribuição da atenção primária como um todo.

É possível pensar também no “obstáculo subjetivo e cultural”^[3] do distanciamento/desprestígio entre as categorias profissionais atuando nessa cena. Digo isso considerando sobretudo a participação dos agentes comunitários de saúde e dos técnicos de enfermagem. São profissionais que têm pouca autonomia em sua prática cotidiana e na construção de projetos de cuidado junto aos usuários, lógica que parece dificultar a

compreensão de que suas percepções são muito importantes em espaços de discussão como esse.

Por fim, há de considerar um importante “obstáculo político e de comunicação”^[3]. Em Campinas, os CAPS são gerenciados por uma empresa terceirizada, o que parece provocar algumas dificuldades de comunicação e pactuação compartilhada. Não é tarefa fácil organizar as agendas dos serviços envolvidos de maneira a melhor atender as necessidades e possibilidades de cada um, sobretudo considerando a sobrecarga da demanda assistencial.

O esvaziamento do espaço acaba por contribuir para o desinvestimento de ambos os lados, tornando-se um espaço potente em teoria, mas cada vez menos atrativo e ausente de sentido para os profissionais que dele participam.

5.6 Sobre o espaço físico: obstáculos decorrentes da carência de demanda e recursos?

Cena 6 (C6). Chego no Centro de Saúde e a primeira tarefa do dia é encontrar uma sala para atendimento. Vou passando por todas as salas buscando encontrar uma vazia. Encontro uma, mas primeiro confirmo se todos os médicos já estão ocupando salas. Realmente existe uma sala livre, mas outra residente multiprofissional também tem atendimento agendado. Combinamos que ficará com a sala aquela cujo usuário agendado chegar primeiro.

Por muito tempo, eu marcava atendimentos individuais conforme minha presença em cada unidade. Mas ao chegar de manhã ao Centro de Saúde a cada dia, não sabia em qual sala atenderia. Era comum que eu atendesse na sala do gestor ou na sala de grupos. Ou até ir trocando de sala ao longo do período: logo após um atendimento sair correndo para que outra pessoa fizesse uso da sala. Demorou alguns meses até que fosse feito um mapa de salas. O único problema dessa divisão foi que em um dos Centros de Saúde os profissionais do NASF não foram contemplados.

Imediatamente já se pode dizer nessa cena sobre os “obstáculos decorrentes do excesso de demanda e da carência de recursos”^[3]. Ambos os Centros de Saúde se depararam esse ano com a entrada de vários novos residentes que vieram compor a equipe NASF, inclusive como uma estratégia da Secretaria de Saúde para investimento nesse modelo. Certamente, portanto, a readequação do uso dos espaços seria alvo de novas construções - que levam tempo.

Apesar dessa particularidade do cenário discutido, em revisão integrativa Anaes (2018)^[21] marca como dificuldade encontrada pelo NASF a falta de readequação na infraestrutura física das unidades, de aquisição de materiais e equipamentos e de suporte e logística para deslocamento entre as unidades, demandando aos profissionais do NASF uso da criatividade e de recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do trabalho.

Em Campinas, os profissionais do NASF avaliaram os instrumentos e infraestrutura como segundo maior desafio do NASF em pesquisa realizada pelo Conselho Municipal de Saúde de Campinas em 2021^[7]

A minha posição - e também das outras residentes multiprofissionais -, de garantir que os profissionais médicos tivessem suas salas garantidas primeiro, não deixa de dizer do “obstáculo subjetivo e cultural”^[3] ainda fortemente presente na saúde como um todo, de distanciamento/desprestígio entre as categorias profissionais. Essa prioridade não era sempre um posicionamento da equipe ou da gestão, mas está justamente presente culturalmente em nossas trajetórias. Lembro da minha atuação enquanto estagiária em outros pontos de atenção da rede, na minha cidade de origem; era comum atender em espaços improvisados, em qualquer lugar que proporcionasse alguma privacidade.

A não contemplação dos profissionais do NASF na construção do mapa de salas não deve ser analisada a nível individual. Não é disso que se trata quando se propõem considerar o nível dos afetos e do poder no contexto do trabalho - tantas vezes negligenciado. Ela diz das concepções que circulam na dinâmica de trabalho, entre os grupos. E das relações que se estabelecem entre os sujeitos desse contexto.

Há uma concepção que circula nas conversas no cotidiano de trabalho de que o NASF não atende e, portanto, não trabalha. Seriam profissionais que se recusam a compartilhar a difícil tarefa de ser a porta de entrada do sistema de saúde em um contexto de sobrecarga de demandas. Trata-se de uma concepção equivocada sobre a proposta do NASF, mas que pode ser compreendida quando se analisa o contexto no qual foi construída e continua se reproduzindo. E é também uma concepção que afeta as relações construídas no ambiente de trabalho, mesmo que veladamente.

Contudo, contrariamente a essa concepção, a demanda primordial endereçada pelas equipes é justamente a de atendimentos individuais, o que torna paradoxal essa dificuldade para construir conjuntamente um mapa de salas.

Aneas (2018)^[21] faz algumas considerações sobre dificuldades observadas na relação entre as equipes de NASF e ESF. Traz a percepção de que a presença do NASF por vezes era interpretada como um agravo à precariedade já existente de recursos; além de críticas feitas à “liberdade” do processo de trabalho do NASF, referindo-se a flexibilidade de organização da agenda e o desconhecimento das eqSF sobre a presença do NASF em cada unidade.

A equipe de NASF e a equipe de saúde da família têm processos de trabalho muito distintos, mas esta diferença tende a produzir uma separação e pode gerar uma relação paranoica e distante entre ambos.^[21:105]

O apoio matricial e a equipe de referência são metodologias que justamente almejam a uma rearticulação das relações de poder nas instituições de saúde. Em sua concepção, Cunha e Campos (2010)^[27] partem da suposição de que “todos os espaços institucionais estão em jogo poderes, saberes e afetos.”^[27:38] Enquanto os saberes, correspondentes ao conhecimento técnico já se colocam normalmente em pauta no ambiente de trabalho, Cunha e Campos (2010)^[27] propõem que os poderes e afetos devem também ter seu espaço de discussão, já que “SEMPRE, com maior ou menor força, estes temas estarão presentes, cabendo aos coletivos reconhecê-los e lidar com eles”.^[27:38]

7 CONCLUSÃO

Como esperado quando se trabalha com categorias teóricas, elas se misturaram nas cenas descritas. Mas pode-se dizer que foram importantes operadores para refletir sobre a experiência, mostrando sua pertinência e atualidade mais de 15 anos após sua enunciação.

Das seis categorias de obstáculos, cinco delas foram identificadas nas cenas. A mais frequente foi a categoria “obstáculos do excesso da demanda e da carência de recursos”, relacionada por Campos e Domitti em 2007 à implantação parcial do SUS até aquele momento. Hoje, o processo de construção ainda se mantém, porém cabe destacar o atravessamento do desinvestimento na saúde no atual contexto político.

As outras quatro categorias identificadas - obstáculo “estrutural”, “políticos e de comunicação”, “subjetivo e cultural” e “epistemológico” - apareceram com frequência tão pertinente quanto: três vezes cada uma. Essa semelhança e proximidade na frequência pode dizer da complexidade do desafio que se coloca para o processo de implementação do NASF no município de Campinas.

A cena 5 (C5), com a maior quantidade de categorias de obstáculos identificadas, foi aquela que diz da relação entre a atenção básica e a atenção especializada em saúde mental - o CAPS. É, portanto, uma cena que diz dos desafios colocados à articulação da rede de saúde, que parece vir acompanhada de ainda maior complexidade na medida que traz outras relações à tona.

Essas constatações não dizem do fracasso do modelo do apoio matricial e do NASF, mas justamente da desafiadora proposta de rearticulação das relações de poder, trazendo maior horizontalidade e maior poder de decisão para as pessoas diretamente envolvidas no cuidado - inclusive o usuário.

Revisitar essas cenas vivenciadas ao longo do processo de formação permitiu ressignificar a experiência mediante um olhar crítico que traz movimento de uma posição de queixa dos obstáculos identificados. Um movimento que perpassa a ampliação do olhar para outros

elementos em cena para além da ação individual, mas também do contexto macropolítico da precarização da saúde.

A experiência reforça a premissa da necessidade de criação de espaços de troca e diálogo onde seja possível trabalhar não apenas a dimensão do conhecimento técnico, mas também do afeto e do poder. A criação de espaços mais horizontais não é excludente à necessidade de um gestão presente que compartilhe do objetivo de reorientação do modelo. A gestão representa um componente fundamental para garantir a existência desses espaços de troca entre profissionais em relação.

Faz pensar também na necessidade de abertura para práticas que produzam aproximações entre as equipes e construção de vínculos de confiança, mesmo que possam a princípio representar um distanciamento do modelo teórico. É necessário atenção ao contexto singular no qual se objetiva implementar um modelo e disposição para o encontro coletivo a fim de produzir pactuações que façam sentido e que reflitam a dinâmica real de trabalho. O deslocamento de uma posição rígida em relação à teoria talvez possa garantir uma abertura para a reformulação das relações, com possíveis avanços para implementação da proposta do NASF.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF [Internet] [acesso 2022 dez]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html

[2] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.

[3] Campos GW de S, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(2):399–407.

[4] Cunha GT, Campos GWS. Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. ORG & Demo. 2010; 11(1):31-46.

[5] Wenceslau LD, Ortega F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. Interface (Botucatu). 2015; 19(55):1121–32.

[6] Lopes, TD. História da Saúde Mental na Atenção Básica: Narrativas de um Processo de Construção em Campinas [dissertação]. Campinas: Universidade de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2015.

[7] Campinas. Conselho Municipal de Saúde de Campinas. Avaliação dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB): o olhar e a voz de seus trabalhadores. Campinas (SP): 2021

[8] Campinas. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Documento Orientador para a Continuidade do Processo de Qualificação da Atenção Primária à Saúde na Rede Básica do SUS Campinas. Campinas (SP); 2021.

[9] Treichel CA dos S, Campos RO, Campos GW de S. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. Interface (Botucatu). 2019; 23:1-18.

[10] Faria, H. P. et al. Modelo assistencial e atenção básica à saúde. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2008.

[11] Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

[12] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

[13] Morosini, MVGC, Fonseca, AF e Lima, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saúde em Debate (Rio de Janeiro). 2018; 42(116):11-24

[14] Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Ministério da Saúde (Brasília, DF): 2020.

[15] Brasil. Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 1992.

[16] Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação geral de saúde mental. Coordenação de gestão da atenção básica. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília (DF): MS; 2003.

[17] Chiaverini DH, organizador. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília (DF): Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, Ministério da Saúde; 2011.

- [18] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica n.34 - Saúde Mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
- [19] Campinas. Secretaria Municipal de Campinas. Plano Municipal de Saúde Campinas/SP (2018-2021). Campinas (SP): 2017.
- [20] Campinas. Secretaria Municipal de Campinas. Plano Municipal de Saúde Campinas/SP (2022-2025). Campinas (SP): 2021.
- [21] Anéas, TV. O Apoio Paidéia e o NASF no Município de São Paulo [dissertação]. Campinas: Universidade de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2018.
- [22] Tesser, CD. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação (Botucatu). 2017; 21(62):565-78.
- [23] Santos, T et al. O caráter técnico-pedagógico do apoio matricial: uma revisão bibliográfica exploratória. Physis: Revista de Saúde Coletiva (Rio de Janeiro). 2021; 31(3):1-21.
- [24] Figueiredo, MD e Campos, RO. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. Ciência & Saúde Coletiva (Rio de Janeiro). 2009; 14(1):129-138.
- [25] Pupo, LR et al. Saúde mental na Atenção Básica: identificação e organização do cuidado no estado de São Paulo. Saúde em Debate (Rio de Janeiro). 2020, 44 (spe 3): 107-127.

[26] Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

[27] Cunha GT, Campos GWS. Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. ORG & Demo. 2010; 11(1):31-46.