

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**FERNANDO LUIZ MUNIZ**

**APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL: REPRESENTAÇÕES  
SOCIAIS DE TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**SÃO CARLOS  
2019**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL: REPRESENTAÇÕES  
SOCIAIS DE TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências biológicas e da saúde da Universidade Federal de São Carlos como requisito para a obtenção do título de mestre em ciências da saúde.

Orientadora: Profª Drª Márcia Niituma Ogata

**SÃO CARLOS  
2019**

***Dedico este trabalho ao meu  
querido Pai espiritual, Exedito  
Aleluia, eterno amigo que  
sempre acreditou em meus  
planos de estudo e de  
evolução acadêmica.***

## Folha de Aprovação



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

---

### Folha de Aprovação

---

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado do candidato Fernando Luiz Muniz, realizada em 20/02/2019:

Prof. Dra. Márcia Niiituma Ogata  
UFSCar

Prof. Dr. Sergio Kodato  
USP

Prof. Dra. Angelica Martins de Souza Gonçalves  
UFSCar

Certifico que a defesa realizou-se com a participação à distância do(s) membro(s) Sergio Kodato e, depois das arguições e deliberações realizadas, o(s) participante(s) à distância está(ão) de acordo com o conteúdo do parecer da banca examinadora redigido neste relatório de defesa.

## **Agradecimentos**

Primeiramente à Deus por mais essa maravilhosa conquista

Ao meu esposo, Jean, por tanta força e confiança depositada em mim e que em todos momentos procurou incentivar-me na conclusão dessa pesquisa, meu eterno amor.

Ao meu amigo e irmão, Marco Delapina, que pela dedicação fez de minha caminhada sempre mais amena e divertida.

À minha mãe, sempre tão dedicada e esperançosa no crescimento de todos os filhos. Eternamente grato por todas as orações encaminhadas para minha paz na mente e coração. Meu eterno exemplo.

Aos meus irmãos, que ofereceram todo um tempo de cumplicidade e momentos de relaxamento, serão sempre essenciais em minha vida.

À Profª Drª Márcia Ogata, que teve plena paciência para o desenvolvimento de meu pensamento científico na pesquisa e que me ajudou nos momentos de maiores complicações, eternamente grato.

À minha sobrinha Izabela, que acompanhou todos os momentos da pesquisa, até a defesa da dissertação, que tenha pleno sucesso acadêmico.

A todas as professoras das disciplinas da pós-graduação, pelo aprendizado que me acompanhará nos estudos futuros, meu eterno agradecimento.

A todos os profissionais da Estratégia de Saúde da Família que dedicaram todo um tempo para que eu adquirisse os conhecimentos necessários para a realização dessa pesquisa.

**A PALAVRA FOI DADA AO HOMEM  
PARA EXPLICAR OS SEUS  
PENSAMENTOS, E ASSIM COMO OS  
PENSAMENTOS SÃO OS RETRATOS  
DAS COISAS, DA MESMA FORMA  
AS NOSSAS PALAVRAS SÃO  
RETRATOS DOS NOSSOS  
PENSAMENTOS.**

Molière

## RESUMO

O objetivo deste trabalho foi investigar as representações sociais de trabalhadores de uma equipe de Saúde da Família sobre o Apoio Matricial. Procuramos analisar, compreender e interpretar as ideias, as percepções e os conceitos relatados pelos participantes. O estudo teve como campo de estudo uma unidade de saúde da família em um município do interior de São Paulo. Participaram da pesquisa de treze membros dessa ESF que trabalhavam ali em um período superior há dois meses e que estavam em contato com as ações de apoio matricial. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, tipo estudo de caso, em cujo percurso metodológico utilizamos entrevistas semiestruturadas das quais os conteúdos foram sistematizados pelo software IRAMUTEQ. Os resultados apresentados apontam a formação de 5 classes a partir de dois temas: Vivências em saúde mental, com as classes acolhimento em saúde mental e aprendizagem em saúde mental, sendo as classes 1 e 4 respectivamente; o segundo tema, atribuições e ações do apoio matricial com as classes: qual o papel do NASF no apoio matricial, o apoio matricial no estabelecimento do diagnóstico e encaminhamentos aos serviços especializados pela atenção primária e atividades de apoio matricial realizadas por profissionais do NASF, sendo as classes 2, 3 e 5, respectivamente. O apoio matricial foi apresentado pelo grupo como sinônimo de NASF, e representado como algo importante, no entanto, com apontamentos de pouca compreensão, dificuldades de saber o papel e para que ele serve efetivamente, assim, como percebem que é uma atividade para um grupo específico de profissionais, os médicos, ficando todos os demais trabalhadores sem necessidade desse apoio. Tal percepção parece ser ancorada e mantida pela tradição hegemônica do domínio do conhecimento em saúde por determinados grupos de trabalhadores. Dessa maneira, as atividades em saúde mental, como acolhimento e aprendizagem em saúde mental, permanecem com pouca efetividade, apontando que o apoio matricial deve ser melhor organizado e fundamentado como política de transformação da atenção primária em saúde no atendimento à pessoa em sofrimento psíquico.

**Palavras chave:** Apoio matricial; representação social; atenção primária em saúde; saúde mental.

## ABSTRACT

The objective of this study was to investigate the social representations of workers of a Family Health team about Matrix Support. We seek to analyze, understand and interpret the ideas, perceptions and concepts reported by participants. The study had as a field of study a family health unit in a municipality in the interior of São Paulo. In the construction of this work, we counted on the participation, as interviewees, of thirteen members of this FHS selected for the research (all the workers who worked there in a superior period two months ago and who were in contact with the actions of matrix support). This is a qualitative research, like a case study, in which methodological approach we used semi-structured interviews from which the contents were analyzed by IRAMUTEQ software. The results presented point to the formation of 5 classes based on two themes: Experiences in mental health, with classes in mental health and mental health learning, classes 1 and 4 respectively; the second theme, attributions and actions of the matrix support with the classes: the role of the NASF in the

matrix support, the matrix support in the establishment of the diagnosis and referrals to the specialized services by the primary care and activities of matrix support performed by NASF professionals, being classes 2, 3 and 5, respectively. The matrix support was presented by the group as synonymous with NASF, and represented as something important, however, with notes of poor comprehension, difficulties of knowing the role and for what it effectively serves, thus, how they perceive that it is an activity for a group professionals, doctors, and all other workers are left without the need for such support. Such perception seems to be anchored and maintained by the hegemonic tradition of the domain of health knowledge by certain groups of workers. Thus, mental health activities, such as care and learning in mental health, remain ineffective, pointing out that the matrix support should be better organized and grounded as a policy for transforming primary health care.

**Keywords:** Matrix support; social representation; primary health care; mental health.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 01</b> – Características que mais se destacaram dentro das classes.....	57
---	----

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 01</b> – Classe 1 – Acolhimento em saúde mental.....	58
<b>Tabela 02</b> - Classe 2 – Qual o papel do NASF no apoio matricial?.....	60
<b>Tabela 03</b> - Classe 3 – O apoio matricial no estabelecimento do diagnóstico e encaminhamento aos serviços especializados, pela atenção primária.....	.63
<b>Tabela 04</b> - Classe 4 – Aprendizagem em saúde mental.....	66
<b>Tabela 05</b> - Classe 5 – Atividades de apoio matricial realizadas por profissionais do NASF..	69

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Dendograma 1 da CHD.....	53
<b>Figura 2</b> – Dendograma 2 da CHD.....	55
<b>Figura 3</b> – Dendograma 3 da CHD.....	56
<b>Figura 4</b> – Ramificação do maior $\text{Chi}^2$ da classe 1.....	59
<b>Figura 5</b> - Ramificação do maior $\text{Chi}^2$ da classe 1.....	59
<b>Figura 6</b> – Ramificação do maior $\text{Chi}^2$ da classe 2.....	61
<b>Figura 7</b> - Ramificação do maior $\text{Chi}^2$ da classe 2.....	62
<b>Figura 8</b> - Ramificação do maior $\text{Chi}^2$ da classe 3.....	64
<b>Figura 9</b> - Ramificação do maior $\text{Chi}^2$ da classe 3.....	64
<b>Figura 10</b> - Ramificação do maior $\text{Chi}^2$ da classe 4.....	66
<b>Figura 11</b> - Ramificação do maior $\text{Chi}^2$ da classe 4.....	67
<b>Figura 12</b> - Ramificação do maior $\text{Chi}^2$ da classe 5.....	69
<b>Figura 13</b> - Ramificação do maior $\text{Chi}^2$ da classe 5.....	70
<b>Figura 14</b> – Dendograma com apresentação das 5 classes.....	72

## **LISTA DE SIGLAS**

**AIS** – Ações Integrals à Saúde

**CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial

**CASA** – Centro de Atenção à Saúde e Acolhimento

**CEBES** – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

**CHD** – Classificação Hierárquica Descendente

**CONASP** – Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária

**ESF** – Estratégia de Saúde da Família

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**IDHM** – Índice de desenvolvimento Humano Municipal

**IRAMUTEQ** – Interface de R pour Analizes Multidimensionnelles de Textes e Questionnaires

**NASF** – Núcleo de Atenção à Saúde da Família

**PNASH** – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares

**PNH** – Política Nacional de Humanização

**RAPS** – Rede de Atenção Psicossocial

**RAS** – Rede de Atenção à Saúde

**RST** – Reagrupamento de segmento de Texto

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**ST** – Segmento de Texto

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Psiquiatria e Saúde mental no Brasil.....	14
1.2 O Surgimento da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) como rede temática e um dos pontos prioritários da RAS (Rede de Atenção à Saúde) .....	18
1.3 O Apoio Matricial em Saúde Mental.....	21
1.4 A equipe do NASF, como modalidade de apoio na atenção primária.....	23
2. JUSTIFICATIVA DO OBJETO DO ESTUDO.....	26
3. OBJETIVOS.....	30
3.1 Objetivo Geral.....	30
3.2 Objetivos Específicos.....	30
4. REFERENCIAL TEÓRICO DA ANÁLISE: A TEORIA DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL.....	31
4.1 Conceito de Representação Social.....	31
4.2 O Conhecimento Reificado e Consensual.....	34
4.3 A Teoria das Representações Sociais e o Campo da Saúde.....	37
5. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	44
5.1 Tipo de Estudo.....	44
5.2 Campo de Estudo.....	44
5.3 Local de estudo.....	46
5.4 Participantes da Pesquisa.....	47
5.5 A coleta de dados.....	47
5.6 Cuidados Éticos.....	49
5.7 Análise dos Dados.....	49
6. RESULTADOS.....	52
6.1 Caracterização dos entrevistados.....	52
6.2 Apresentação dos Resultados do IRAMUTEQ.....	52
6.3 Classificação Hierárquica Descendente (CHD) .....	53
7. DISCUSSÃO.....	72
7.1 Representação Social de Apoio Matricial.....	88
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
REFERÊNCIA.....	96
APÊNDICE.....	10

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Psiquiatria e Saúde Mental no Brasil

Dentre as discussões realizadas pela saúde coletiva no Brasil, saúde mental é um dos temas que esteve presente aos novos olhares para a formação e reconstrução de Políticas Públicas com ênfase às inovações terapêuticas às pessoas em sofrimento psíquico. De acordo com Amarante (2001), a reforma psiquiátrica surgiu para alterar terapêuticas despropositadas que durante séculos não resolveram as manifestações de severas modificações psíquicas de alguns grupos de pessoas e presas em lugares insalubres para tratamentos, perderam suas vidas por inflexíveis descasos ao sofrimento alheio. O mesmo autor esclarece que esse movimento rompeu com a tradição secular da prisão e isolamento do ser “estranho”, “endemoninhado” e “escória da sociedade”, que deveria permanecer encarcerado nos porões dos hospitais, encerrado nas celas da humilhação e desprezo. A transformação proporcionada com a desinstitucionalização da doença mental, não fechou somente as portas do hospital psiquiátrico. Do mesmo modo fechou as terapêuticas tortuosas e inconvenientes inaugurando novas modalidades de tratamentos para os indivíduos em sofrimento psíquico adaptando e adequando sua nova rotina na família e comunidade pretendendo construir um adequado estatuto social que garantia cidadania, respeito aos direitos e individualidade (AMARANTE, 2001).

A reforma psiquiátrica estendeu-se para muitos países. No Brasil, segundo Castro e Marcolan (2013), a contrariedade dos profissionais e universitários à tradição hospitalocêntrica e dominadora da psiquiatria que fabricava a loucura avolumou, já nos meados dos anos 70, ao lado de uma sociedade insatisfeita com o momento histórico do Estado autoritário da ditadura militar. De acordo com Tenório (2002), a ideia da fabricação da loucura esteve relacionada com a consolidação da articulação entre internação asilar e privatização da assistência, com a ampliação da contratação de leitos nas clínicas e hospitais conveniados. O autor esclarece que a rentabilidade pautava-se em uma receita maior de acordo com o maior número de pacientes, maior tempo de internação e menor gasto da clínica com a manutenção da pessoa internada, ou seja, grandes hospitais foram construídos estimulados com a verba pública e os indivíduos aglomeraram-se em ambientes sem cuidados, recebendo maus tratos e sendo ignorados por profissionais que recusaram elaborar um

processo terapêutico adequado para sua individualidade, inquirindo somente o enriquecimento ilícito dessa fábrica que construía e conservava a loucura (TENÓRIO, 2002). A insatisfação progressiva por um sistema que excluía os direitos de igualdade culminou em ações que buscaram a humanização do tratamento do indivíduo em sofrimento psíquico. A movimentação social implementou, através da luta de inúmeros cidadãos, membros das universidades, da saúde pública e das famílias, a necessidade de modificação nos modelos de atenção a esses indivíduos. Os direitos requeridos enfatizavam a liberdade para o tratamento comunitário.

A reforma psiquiátrica definiu, a partir de leis específicas, os direitos das pessoas em sofrimento psíquico, as obrigações de todo sistema frente às suas necessidades. A luta antimanicomial, a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos e crescimento dos serviços em nível secundário para atender todos os indivíduos em sofrimento psíquico, concretizam uma proposta em evolução no sistema de saúde (MACIEL, 2013). De acordo com a lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, ART. 4º, a internação em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extras hospitalares se mostrarem insuficientes (BRASIL, 2001). Amarante (2007), afirma que o movimento de reforma no Brasil significou a busca pela transformação da terapêutica que inibia a convivência social, sustentando um tratamento de maus tratos sem função na recuperação de sintomatologia psicótica. Dessa forma o movimento de mudança e criação de novas modalidades de terapêutica enfatizou a necessidade de criar serviços que apoiavam toda uma estruturação de cuidados que visavam apoiar o tratamento desse indivíduo em seu âmbito comunitário pensando na reinserção social, na recuperação de direitos de cidadania e na visão holística para prevenção e cuidados biopsicossociais.

Nesse sentido, entendemos que a reforma psiquiátrica se caracteriza por um processo social de intensa complexidade que provoca modificações em quatro dimensões: jurídico-político, conceitual, técnico-assistencial e cultural. Importante salientar que a dimensão conceitual alude a perspectiva epistemológica que diz respeito a elaboração de conhecimentos que esteiam e outorgam o saber/fazer médico psiquiátrico. Os aspectos de nomenclatura da psiquiatria clássica como doença, alienação, cura, degeneração, normalidade e anormalidade são posições e conjunções a serem desconstruídos e reformados. A desinstitucionalização surge como múltiplas formas de tratar o sujeito em sua existência e em relação as condições concretas da vida (AMARANTE, 2009).

A dimensão assistencial como um dos pilares da reforma ordena e sustenta as práticas profissionais e se traduz por transmutações nos modos de cuidado ao sofrimento psíquico. Nesse ponto, Amarante (2009) esclarece que a assistência para essa pessoa diferente na sociedade e envolvido com a “imoralidade” da alma deveria ser em ambiente fechado e somente seria liberado para uma vida cidadã quando curasse as distorções morais. Com o passar das décadas, o tratamento em isolamento permaneceu como única maneira de assistência terapêutica. Da mesma maneira que o antigo alienado da história psiquiátrica era alienado para decidir sobre seu tratamento, a permanência do tratamento em ambiente fechado, em pleno século XX, década de 80, 90, permanece a falta de direitos de a pessoa escolher e auxiliar na determinação de seu tratamento. A reforma psiquiátrica possibilita discutir novas contingências de assistências e decisões pela pessoa em sofrimento psíquico desde onde deseja realizar seu tratamento e quais oportunidades terapêuticas múltiplas existentes (AMARANTE, 2009).

Ainda apontando os pilares da reforma, a dimensão cultural salienta que o objetivo maior não é simplesmente a modificação dos aspectos do modelo assistencial e sim a transformação do lugar social da “loucura”, da diferença e da divergência. É apontado nessa perspectiva o quanto o imaginário social colocou essa pessoa na impossibilidade de estabelecer trocas sociais; são detentoras de uma incapacidade natural que inviabiliza fazer parte de qualquer atividade responsável ou produtiva. Neste campo, hoje existem muitas associações de usuários e familiares, associações de amigos e voluntários, cooperativas sociais, de trabalho, atuações de comunidades, festas, rádios, músicas, vídeos, filmes, marcas que apresentam toda tentativa de modificação cultural. Um exemplo que se pode apresentar é o dia da luta antimanicomial, 18 de maio, data que hoje se comemora em todos os estados, em todas as capitais, dissipadas para todas as cidades (AMARANTE, 2009).

De acordo Furegato, Ogatta e Saeki (2000), o movimento social da reforma psiquiátrica insere-se no contexto histórico do movimento social da reforma sanitária. A insatisfação social do contexto histórico brasileiro incitou a formação de um grupo específico formado por intelectuais, médicos propondo uma renovação sanitária. Tal movimento denominado movimento sanitário teve como projeto reformador uma ampla crítica ao modelo prevalecente que se baseava no crescimento do setor privado à custa do setor público, ou seja, o setor privado crescia cada vez mais financiado pelo setor público, culminando na deterioração, sucateamento, ineficiência e crise progressiva do setor público de saúde (SILVA, 2011).

Os debates permanentes sobre a busca pela abertura democrática no início da década de 80 contaram com a participação de inúmeros grupos com a finalidade de alterar a contextualização da limitação da liberdade social, da iniquidade para a população e da falta de possibilidades para uma vida digna com direitos de acesso aos cuidados básicos para sua saúde. Segundo Silva (2011), o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), foi o principal órgão que trouxe os debates permanentes e informação sobre as necessidades de mudança do contexto da saúde pública insatisfatória e negligente sofrida pela população e o anseio pela democratização. Tais discussões perpetraram os inúmeros encontros dos trabalhadores de saúde, sendo a VIII conferência nacional de saúde em 1986 a aprovação em plenária, pelos delegados e outros profissionais presentes, assim como membros de partidos políticos, dos temas debatidos durante 03 dias e por fim ratificaram como necessidade plena o direito à saúde para todo cidadão e dever do estado, a reformulação de todo o sistema nacional de saúde e também o financiamento do setor. Furegato, Ogatta e Saeki (2000), apontam que essa VIII conferência também foi disparada pela grave crise financeira na previdência e a formação do plano CONASP que criava os AIS (ação integral à saúde) que trazia como núcleo o processo da universalidade, hierarquização e regionalização.

A movimentação dos trabalhadores da reforma psiquiátrica organiza-se para que o processo de universalidade, integralidade e equidade, seja também de acesso aos indivíduos em sofrimento psíquico. Furegato, Ogatta e Saeki (2000), esclarecem que os objetivos da reforma permaneceram resolutos na desinstitucionalização da doença e do sujeito da doença. A luta desse movimento continuaria a ser o direito desse sujeito a uma convivência libertária dos confinamentos, o direito de ser assistido em suas necessidades, o direito de ter uma convivência social e de lazer livre de punições físicas e morais e da desintegração dos aspectos emocionais (AMARANTE, 2001).

Entendemos que a reforma psiquiátrica apresentou inúmeras conquistas no decorrer dos anos, como a ampliação, por intermédio de políticas públicas, de equipamentos mais adequados e preparados para atender todos os casos de sofrimento psíquico, seja CAPS II ou CAPS III, proporcionando um atendimento especializado com ampliação de dias e horários, assim como o próprio fechamento dos macros hospitais. Amarante e Nunes (2018) no entanto, apontam que a reforma psiquiátrica brasileira apresenta um retrocesso, já a partir de 2015, com o Ministério da Saúde sendo objeto de negociação política e com ele os princípios do SUS. No campo da saúde mental, em dezembro de 2017, houve aprovação a resolução que resgata o modelo manicomial e inicia a desmontagem de todo um modelo que foi construído

no decorrer dos anos de inovações de políticas públicas, desmontagem, seja através da ampliação de internações compulsórias para abusadores de crack, seja pelos programas estaduais e federais que movimentam verbas públicas para ampliação das comunidades terapêuticas (AMARANTE e NUNES, 2018).

1.2 O surgimento da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) como rede temática e um dos pontos prioritários da RAS (Rede de Atenção à Saúde).

A partir das noções de regionalização, como política de expansão de acesso ao SUS, com valorização de planejamento e coordenação das redes intermunicipais, as Redes de Saúde surgem como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes complexidades e níveis tecnológicos, integrados com a finalidade de arrogar a atenção integral à pessoa que busca assistência. Fundamentalmente a RAS surgiu para superar a fragmentação histórica existente da atenção e gestão do SUS, respeitando as diversidades regionais, diferenças socioeconômicas e necessidades de saúde da população. Nessa perspectiva foram implementadas as seguintes redes temáticas de atenção, por serem pontos prioritários da RAS: Rede cegonha - que tem um recorte de atenção à mãe e à criança de até 24 meses; Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas – a partir da intervenção sobre o câncer de mama e colo de útero; Rede de cuidado à pessoa com deficiência; rede de atenção às urgências e emergências e a Rede de Atenção Psicossocial, com prioridade para enfrentamento do álcool, crack e outras drogas (ABREU et al, 2017).

Observa-se, assim, o dispositivo indutor de integração da saúde mental no SUS, opondo-se a caracterização do atendimento em saúde mental somente no nível especializado, no entanto, existe, ainda, um desconhecimento da RAPS, como está organizada nos municípios e se é efetiva a atenção a todos os indivíduos em processo de sofrimento psíquico, seja na rede básica ou em outro serviço que oferecem atendimento a essa pessoa em sofrimento (ABREU et al, 2017).

Mediante a ênfase da lei 10216/2001 sobre a proteção e os direitos dos indivíduos em sofrimento psíquico os conceitos levantados para a transformação de cuidados e intervenções em várias modalidades, o Ministério da Saúde decreta a Portaria nº 3088/2011 que institui a rede de Atenção Psicossocial para esses indivíduos em sofrimento psíquico, assim como necessidades decorrentes do abuso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde). Considerando os aspectos históricos da inserção das pessoas

adoecidas nos “porões da ignorância”, ainda na idade média, posteriormente encaminhado aos asilos para “alienados” caracterizando uma história futura de prisão, inibição de direitos, violação física e mental por terapêuticas não adequadas para uma recuperação de sofrimento imposto pelo preconceito e falta de habilidades preventivas e curativas, pensa-se, portanto, em um alojamento perpétuo de uma instituição totalitária, sem créditos para a cidadania por direito, essa portaria impõe a necessidade de uma rede de cuidados para todos os aspectos da vida, compreendendo o desempenho social nos territórios, uma região mais organizada e uma proposta englobando os princípios do direito universal à saúde, a integralidade e a equidade, sendo este o desempenho da justiça social frente ao descaso histórico de uma vida abandonada ao preconceito e incompreensão do que é diverso.

De acordo com o Ministério de Saúde (2011) a RAPS traz uma reflexão de respeito aos direitos humanos e garantia de liberdade. Esse conceito está de acordo com a própria manifestação da reforma psiquiátrica e da lei 10216/2001 que vai contra todo tratamento punitivo e coercitivo, contra toda terapêutica que inibe a vivência social. Amarante (2007) enfatiza que a doença mental muitas vezes faz com que o indivíduo permaneça prisioneiro de sua própria prisão, sua mente em processo de desrealização ou de despersonalização. Ampliar sua convivência, suas possibilidades de tratamento afirma a evolução da terapêutica psiquiátrica em ação interdisciplinar para a recuperação e inserção social.

O que caracteriza essa rede de atenção é a organização de um conjunto de serviços, equipados com profissionais preparados e humanizados para atender de maneira hierarquizada, regionalizada, estruturada em seu território para receber demandas, assistir, resolver ou encaminhar em sistema de manejo de referência e contrarreferência frente às necessidades desse indivíduo ou família (BRASIL, 2011). Dentro desse contexto, a caracterização de um maior olhar sobre os pontos vulneráveis, pessoas mais vulneráveis, crianças, idosos, moradores de rua, dependentes químicos, necessitam ser cautelosamente acompanhados e avaliados constantemente por equipe especializada e por Políticas Públicas diretas e eficazes. Pensar a rede é pensar na cidadania, na vivência coletiva, nos pontos de acesso de todos os moradores para convivência e criação da cultura cotidiana da família, trabalho, escola, clubes, igreja apresentando o território como um ponto de reconhecimento da vida pública, coletiva e social, sendo esta a vivência comunitária com suas lições, suas gratificações e direitos. Direito de estar vivo, de conviver com seus pares e ter o poder de escolha pela sua liberdade.

Pensando em todos esses aspectos, a RAPS é composta por sete (sete) componentes: Atenção básica em saúde; II – Atenção psicossocial especializada; III – atenção de urgência e emergência; IV – atenção residencial de caráter transitório; V – atenção hospitalar de referência; VI – estratégia de desinstitucionalização; VII – reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

A atenção básica é o acesso inicial para esse sistema e se caracteriza por um agregado de cuidados em saúde no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção à saúde, a prevenção de agravos, diagnósticos, tratamento, reabilitação, prevenção de danos e a manutenção à saúde com o objetivo de medrar uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde da coletividade. Nesse sentido, para a RAPS, a atenção básica deve ser um modelo de atenção e de serviço de saúde com o mais alto grau de descentralização e habilidade, cuja participação no cuidado sempre se faz necessária. Deve identificar os riscos e todas as necessidades mediante uso de tecnologias de cuidado individual e coletivo por meio de uma clínica ampliada e vínculos positivos na perspectiva de ampliação da autonomia dos indivíduos e grupos sociais (ABREU et al, 2017).

Ressaltar a atenção básica como porta de entrada significa compreender que deve coordenar o cuidado e reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade organizando as necessidades de saúde dessa população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, coadjuvar para que os planejamentos de atendimento de saúde partem das próprias necessidades dos usuários (ABREU et al, 2017).

Com a implantação do Programa de Saúde da Família em 1994, e atualmente recebe o nome de ESF (Estratégia de Saúde da Família), na tentativa de sobrepujar o modelo hegemônico de práticas curativas e na atenção médico hospitalar, a ESF é o caminho para a reorientação do modelo assistencial formada por meio de implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. É nesse contexto que pensamos a atenção primária como resolutive para todas as necessidades de sua população de cuidados e direcionadora das pessoas nessa rede de atenção que se estende por toda a comunidade (BARDAQUIM, DIAS e ROBAZZI, 2017).

Nesse sentido, é ponderoso arrazoar todo esse sentido das modificações propostas pelas políticas públicas à saúde, a eclosão de estratégias de comutação e que inova toda a tecnologia da assistência na atenção primária. Notabilizamos que a reforma psiquiátrica avança paralelamente com as novas políticas e estratégias da atenção primária e em conjunto

com todos os movimentos sociais de igualdade, direitos, liberdade e conquistas. Pensar desinstitucionalização é compreender a necessidade de uma ampla mudança, de necessidades sociais, de um conjunto de serviços que amparem adequadamente a pessoa que esteve internada em um manicômio durante muito tempo. A saída da pessoa desse sistema fechado, muitas vezes anuladora de direitos mais básicos da vida, não significa simplesmente desospitalizar, sendo esta simplesmente a saída do lugar que esteve, é necessário que essa pessoa seja desinstitucionalizada, modificada em todos os contextos que o mantém preso, na repetição do vazio, no aprendizado da anulação que aos poucos o deixou sem características da cidadania, muitas vezes perdendo os direitos básicos de cidadão. É na atenção básica que essa pessoa será integrada e assistida em todas as necessidades e suportes adequados para o sofrimento psíquico que possa instalar-se (BRASIL, 2011).

### 1.3 O apoio matricial em Saúde Mental

No decorrer dos anos da década de 90 e a partir do novo milênio, Amarante (2001), afirma que os serviços substitutivos para as necessidades da saúde mental cresceram e transformaram-se, no entanto, não podemos definir como algo definitivo e resolutivo de toda problemática social enfrentada pelas famílias de portadores de transtornos mentais e pelas equipes das unidades básicas ou mesmo as equipes especializadas nos Centros de Referência que recebiam pacientes referenciados sem uma avaliação adequada e sem proposta anterior de seguimento. De acordo com o Ministério da Saúde (2004), 50% dos usuários que buscam atendimento na atenção básica possuem algum sofrimento psíquico, sendo que 10% são portadores de transtorno mental leve e moderado e 3% apresentam transtorno mental severo. Estima ainda que cerca de 80% dos encaminhamentos para os serviços especializados de saúde mental não possuem demanda específica proporcionando sobrecarga nos atendimentos.

Segundo o Ministério da Saúde (2008), entendendo que a unidade básica é um ponto estratégico para a vigilância em saúde mental, a proposta de adequar e mobilizar a união de equipes de referência do setor primário com a equipe especializada seria o ponto fundamental para definir e manter o SUS como o sistema estritamente adequado e possível para que os princípios e diretrizes permanecessem com a noção de territorialização, intersetorialidade e a responsabilidade compartilhada.

A Política Nacional de Humanização (PNH) ordenada pelo SUS como proposta de inserção e integração dos direitos pelos atendimentos plenos possibilitou um novo olhar e reorganização dos acessos e viabilização de cuidados mais qualificados (BRASIL, 2013).

Os escopos principais da PNH relacionam-se com as expectativas de que os trabalhadores, gestores e usuários do sistema apropriem-se das diretrizes e busquem fortalecer as iniciativas humanizadas existentes, assim como desenvolver tecnologias de práticas, compartilhamento de gestão e divulgar estratégias de metodologias de mudanças sustentáveis (BRASIL, 2013). Nesse sentido, a política de humanização dá ênfase a três grandes objetivos: Ampliar as ofertas da PNH aos gestores e Conselhos de Saúde priorizando atenção básica/fundamental e hospitalar; incentivar o mecanismo de valorização dos trabalhadores do SUS, dos Conselhos de Saúde e organização da sociedade civil; divulgar a PNH e ampliar os processos de formação e produção de conhecimento (BRASIL, 2013).

Citamos as diretrizes para a efetivação dessa conjuntura: Acolhimento; gestão participativa e cogestão; ambiência; valorização do trabalhador; defesa dos direitos dos usuários; clínica ampliada e compartilhada. Quando se argumenta o cenário da clínica ampliada compreendemos às múltiplas possibilidades de favorecer a integralidade da assistência às pessoas que buscam ajuda no serviço de saúde. Favorece nesse momento a transdisciplinaridade de uma equipe para que todos os conhecimentos se adequem para a resolução da queixa que chega à equipe (BRASIL, 2013).

Aspectos fundamentais ainda são considerados quando discorre clínica ampliada e compartilhamento e nessa acepção o apoio matricial enriquece e solidifica a PNH (BRASIL, 2013). De acordo com Medeiros (2015), o apoio matricial como proposta de humanização do SUS trouxe a ideia de renovação e evolução de um sistema de saúde que busca concretizar a universalidade, integralidade e equidade para pessoas em sofrimento psíquico.

Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (CHIAVERINI, 2011).

Essa experiência a partir da rede básica modifica o modo de trabalhar o sofrimento psíquico e integra toda a rede para o sucesso de um processo terapêutico organizado e compartilhado. O mesmo autor esclarece que o objetivo desse apoio não é a realização do atendimento pelo profissional da saúde mental à pessoa que chega à unidade básica e sim

instrumentalizar a equipe de referência dessa pessoa para a resolução das alterações e queixas trazidas pelos familiares e pacientes. Segundo Chiaverini (2011), esse processo traz um objetivo de alterar as lógicas tradicionais dos atendimentos, como os encaminhamentos, referências, contrarreferências, protocolos e centros de regulação, ou seja, a aproximação da equipe especializada para discutir casos, supervisionar os profissionais, auxiliar para que as avaliações sejam mais adequadas e que esses pacientes possam dar continuidade ao processo terapêutico no próprio serviço primário evitando referências inadequadas e regulações de vagas indesejadas para internações.

A partir dessa compreensão da atividade de apoio especializado por equipes no fortalecimento da atenção primária, esse componente I da RAPS apresenta-se como figura singular e de evolução para a reforma psiquiátrica favorecendo que as Políticas Públicas implementassem esse serviço primário como manifestadora e organizadora da assistência universal, integral e equânime ao indivíduo em sofrimento psíquico. É em seu bairro que a pessoa receberá apoio; é em sua residência, através da visita domiciliar, que se avaliado e receberá um plano terapêutico, com o apoio dos profissionais dos centros de atenção psicossocial (CAPS) ou dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF).

#### 1.4 A equipe do NASF, como modalidade de apoio na atenção primária

A constante evolução das Políticas Públicas de saúde para efetivação dos princípios do SUS e o crescimento das estratégias para que a atenção primária pudesse efetivar-se como responsável para a organização inicial dos atendimentos à saúde, a necessidade de profissionais especializados para auxiliar nesse processo de rearranjo, prevenção e promoção à saúde de maneira mais efetiva, surge, em 2008, a Portaria nº 154 que cria os núcleos de apoio à saúde da família. De acordo com o Ministério da Saúde (2008) o objetivo nessa criação foi ampliar a abrangência e o escopo da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da ESF na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.

Importante salientar que objetivos do NASF e ações como estratégias de saúde mental são resoluções da responsabilidade conjunta das equipes e norteadas por algumas diretrizes, como:

- Responsabilidades pelo cuidado aos usuários de saúde mental do território deve ser compartilhada entre as equipes de Saúde da Família, NASF e dispositivos de saúde mental (CAPS e outros);
- romper com a lógica da não responsabilização pós-referência;
- planejar e realizar o diagnóstico em saúde mental da população do território, identificando os problemas mais frequentes e espaços de produção de vida;
- realização de reuniões interdisciplinares periódicas para discutir os casos e educação permanente. Podem ser incluídos materiais educativos e demandas trazidas pela equipe da família e pela equipe do NASF;
- reuniões interdisciplinares periódicas entre todos os profissionais do NASF;
- atendimento compartilhado por meio de consultas conjuntas nas unidades, domicílios e outros espaços na comunidade. Proporcionará a avaliação de risco, manejo dos casos com elaboração dos projetos terapêuticos, caracterizando como um recurso de educação permanente, assegurando aprendizado no cotidiano prático do atendimento das indagações e questões de saúde mental;
- integração entre as equipes de Saúde da Família, NASF e apoio social;
- planejamento e execução conjunta de atividades comunitárias, terapêuticas e de promoção à saúde, além de atividades de produção de renda (BRASIL, 2010).

Dessa forma, o surgimento do NASF é favorável para apoiar a equipe da Saúde da Família em todas as necessidades da comunidade e estabelecer junto a essa equipe um fortalecimento do acompanhamento longitudinal desse cliente, evitando que a prática de referência e contrarreferência seja uma constante e elimine as possibilidades da vivência e o acompanhamento dessa equipe que deveria cuidar da família em sua comunidade, que passe a direcionar os cuidados para outros serviços. Bertagnoni et al (2012) esclarecem que é importante considerar o caminho de busca por ajuda que a pessoa em adoecimento realiza. Apontam que a aproximação da pessoa na atenção primária, por qualquer tipo de sofrimento físico e também o sofrimento psíquico, determina a proximidade dessa pessoa com o que está mais perto de sua vivência, colocando confiança na atuação da equipe da família ou mesmo praticidade em ser atendida, para não precisar sair de seu espaço e ser envolvido por uma equipe diferente, que não conhece seus hábitos, sua rotina, suas complicações sociais. A equipe do NASF, nesse contexto, atua para que esse cliente continue em reorganização biopsicossocial em sua própria região comunitária.

As equipes do NASF são compostas em duas modalidades de atuação, frente à composição dos profissionais e da necessidade municipal, NASF 1 (um) e NASF 2 (dois).

O NASF 1 (um) deve desenvolver ações, no mínimo, junto a 08 (oito) equipes de ESF e pode ser composto por 5 (cinco) profissionais de função não coincidentes entre esse conjunto: Médico acupunturista, assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, médico homeopata, psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional. O NASF 2 (dois) deve desenvolver ações, no mínimo, junto a 03 (três) equipes de ESF e pode ser composto no mínimo por 03 (três) profissionais de nível superior, de função não coincidentes, podendo ser: Assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional.

Propõe-se ao NASF que assumam junto a essas equipes de ESF, oito grupos de atuação: atividades físicas/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica (BRASIL, 2008).

No contexto de saúde mental, devido ao elevado índice de casos de sofrimento psíquico nos territórios, considera-se fundamental a priorização dos profissionais de saúde mental e das ações de saúde mental pelos NASF e as equipes de Saúde da Família podem se organizar para um cuidado mais integral e qualificado desses casos, a partir das estratégias do NASF, portanto, a inserção das ações de saúde mental na atenção primária é uma das principais formas de ampliação do acesso aos cuidados em saúde mental, de mais a mais, a incorporação das atuações de saúde mental pela equipe de apoio e a integração com a equipe de Saúde da Família, é uma ampla representatividade no avanço da construção de uma saúde em conformidade com as propostas do SUS para a universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 2010).

## 2 JUSTIFICATIVA DO OBJETO DE ESTUDO

O município de nossa pesquisa desde a década de 1970 possuía dois (02) hospitais psiquiátricos, o instituto de Psiquiatria, dirigido por uma equipe de médicos psiquiatras e o hospital psiquiátrico espírita Cairbar Schutel, entidade filantrópica sem fins lucrativos. O instituto era composto por equipe reduzida de atendimento aos cuidados à saúde, com psiquiatras, enfermeiros, técnicos em enfermagem e assistente social. Com o movimento da reforma psiquiátrica e a fiscalização progressiva aos hospitais, encerrou sua atividade de tratamento em 1997, por falta de projeto terapêutico sólido e satisfatório.

O Hospital Psiquiátrico Espírita Cairbar Schutel, apresentou modificações em toda estrutura de pessoal e terapêutica desde a década de 1990, sendo a equipe composta por médicos clínicos, psiquiatras, neurologista, neuropsiquiatra, psicólogos, enfermagem, assistente social, terapeuta ocupacional, farmacêutico, educador físico, monitores e oficinairos. Com o fechamento do instituto, tornou-se referência municipal e regional para internações masculinas e femininas voltadas para tratamento de transtornos mentais ou transtornos mentais desencadeados por abuso de substâncias psicoativas.

Com as avaliações contínuas do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/PSIQUIATRIA) a partir de 2002 e com o decréscimo de leitos psiquiátricos hospitalares devido à proposta da ampliação de novos serviços de assistência em âmbito comunitário, como os CAPS e hospital dia, o hospital progressivamente reduziu a equipe e projetos terapêuticos culminando em fechamento de unidades, não oferecendo mais suporte para tratamento de desintoxicação e planejamento terapêutico aos transtornos relacionados à dependência química. Nesse contexto, em 2017 o hospital apresenta somente 18%, 40 (quarenta) leitos, relacionados ao número total de leitos existentes na década de 1980, evidenciado que existiam 220 leitos distribuídos em 03 (três) unidades de internação (CASA CAIRBAR SCHUTEL, 2017).

A atenção primária à saúde, como equipamento da RAPS e porta de entrada para a assistência, favorece que os indivíduos em sofrimento psíquico sejam atendidos em suas comunidades e nas unidades básicas, ou seja, durante muitos anos familiares e equipes de saúde, direcionavam os pacientes em quadro de crise, em pleno sofrimento psíquico ou outra alteração psíquica para as internações nos dois hospitais do município. Hoje, porém, a equipe da atenção básica recebe o contingente de pacientes com manifestações sintomáticas de sofrimento psíquico que vai desde sintomas leves a manifestações sintomáticas complexas.

Entendemos que muitas estratégias são implantadas como políticas para fortalecer a resolutividade da atenção básica e seu papel na coordenação das redes de atenção, no entanto, evidências científicas esclarecem que a implementação dessas políticas para uma função ideal da ESF, ainda não conseguiu atingir sua atribuição de porta de entrada preferencial para um conjunto de saúde (ALBUQUERQUE et al, 2017).

Dentre as diretrizes do NASF para a efetivação do apoio em saúde mental, reuniões com todos os membros das equipes para discutir os casos, instrumentalizar, aprender e discutir todas as possibilidades de resoluções de todos os casos existentes no território é a função do matriciamento e deve acontecer com periodicidade rigorosa e com todos os membros, não obstante, essa diretriz não é cumprida de maneira efetiva. Poucas reuniões sobrevêm na rotina de muitas unidades e uma fragmentação de propostas de inovações das tecnologias da atenção primária ainda permanecem (ALBUQUERQUE et al, 2017).

Em um estudo realizado pelo DRS III Araraquara, no Plano de Ação Regional, com o grupo condutor da RAPS, algumas fragilidades foram apontadas, como:

- Dificuldades da equipe de referência em realizar cuidado em saúde mental;
- insuficiência de ações de promoção à saúde e redução de danos;
- fragilidades na atuação do profissional da saúde decorrentes de lacuna na formação, as quais não contemplam de forma geral, os pressupostos da reforma psiquiátrica, reabilitação psicossocial e apoio matricial;
- pouca comunicação dos equipamentos de saúde mental com a atenção básica;
- dificuldade de contratação de recursos humanos, especialmente com experiência para os pontos de atenção, devido principalmente às questões orçamentárias;

Outras fragilidades puderam ser observadas nesse estudo e que de maneira geral afetam a vivência da atenção primária e a situação da equipe de referência frente a todas as dificuldades que aparecerão para o atendimento e que implicará fragilidade na assistência em saúde mental, sugerindo uma maior necessidade de aproximação do apoio matricial em saúde mental:

- Alta clínica dos serviços de pacientes que vivem em situação de rua implicando o número de moradores de rua nos centros;

- falta de rede de suporte para moradores de rua;
- aumento do abuso de álcool e outras drogas;
- dificuldade da atuação Interssetorial, com a garantia da integralidade das ações e promoção à saúde;
- desconhecimento e falta da utilização dos equipamentos, relacionados aos centros de convivência;
- dificuldade na inserção social da pessoa com transtorno mental implicando em vinculação prolongada ao CAPS;
- alto índice de internação compulsória;
- dificuldade de adesão de usuário de drogas ao acompanhamento terapêutico;
- incipiência de ações de saúde mental infantil (DRS III ARARAQUARA, 2013).

Ponderamos que a não realização das diretrizes para a efetivação do apoio matricial e a instrumentalização e preparação de todos os membros que ali se encontram para o atendimento em saúde mental, nos fazem questionar se a atenção primária, os profissionais da Saúde da Família, estão capacitados para atender aos transtornos mentais leves. De acordo com o Ministério da Saúde (2003) os princípios de atuação da atenção básica na saúde mental são: a noção de território, a organização da atenção em saúde mental em rede, a intersetorialidade, a reabilitação psicossocial, a multiprofissionalidade/interprofissional, a desinstitucionalização, a construção de cidadania dos usuários e a construção de autonomia possível de usuários e familiares. A demanda inicial em saúde mental na atenção primária são os transtornos mentais leves, assim como transtornos desencadeados por abusos de substâncias psicoativas (LOPES e MOLINER, 2013).

Questionamos a situação atual que se encontram as políticas na atenção primária como reformadoras de paradigmas subdivididos de um sistema que não dava certo e se a política como o apoio matricial realizado pelo NASF tem funcionamento exitoso. Se a equipe de Saúde da Família, em conjunto com a equipe realizadora do apoio matricial, consegue atender as pessoas em sofrimento psíquico, liberando para o serviço especializado somente casos não possíveis de serem acompanhados na atenção básica.

A pesquisa parte da pergunta: qual a percepção dos trabalhadores da atenção primária à saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. Tal pergunta partiu de reflexões: A exigência para que a equipe do NASF resolva de maneira imediata todos os casos psiquiátricos que chegam à atenção primária está relacionada com a dificuldade da equipe de saúde da família em atender esses pacientes, seja por falta de preparação, falta de instrumentalização para lidar com esses casos que anteriormente eram facilmente encaminhados para internação, assim como o distanciamento dessa equipe de tecnologias da saúde mental na atenção básica direcionando as responsabilidades da solução dos problemas para profissionais especializados, como o psiquiatra, o psicólogo e o terapeuta ocupacional. Uma segunda reflexão surgiu: O apoio matricial tem papel importante na potencialização da equipe da família para a efetivação do princípio da integralidade do cuidado à saúde, incluindo a saúde mental. Nesse sentido, a hipótese apresentada para essa pesquisa é de que as representações sociais do apoio matricial em saúde mental, formadas em ambiente reificado e transdisciplinar auxiliam a equipe de referência a realizar os atendimentos às pessoas em sofrimento psíquico de maneira mais efetiva. Tendo como objeto de estudo desta pesquisa apoio matricial em saúde mental, as representações sociais de trabalhadores da atenção primária em saúde, considera-se a natureza social do objeto e a representação social como entidades quase tangíveis que se cruzam constantemente, cristalizam-se através das falas, dos gestos, das relações de vivência do cotidiano e entendendo também que a maioria das relações sociais efetuadas, das comunicações trocadas e manifestadas no dia a dia delas estão impregnadas, a favorecer, assim, maior compreensão das relações, pensamentos e comportamentos processados no dia a dia (MOSCOVICI, 2007).

Portanto, a pesquisa justifica-se por tratar-se de ampla relevância científica e social como contexto de um programa recentemente implantado na atenção primária sendo importante ampliar o número de pesquisa nessa área, e pode favorecer melhor compreensão das necessidades dos trabalhadores através do conhecimento da subjetividade de suas possíveis representações e do mesmo modo pode também possibilitar ampliação dos aspectos da humanização de acordo com as necessidades das pessoas em sofrimento psíquico e da evolução sistemática do SUS.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 Objetivo Geral

Analisar as representações sociais de trabalhadores das equipes de saúde da família sobre apoio matricial em saúde mental.

#### 3.2 Objetivos Específicos

- Conhecer as práticas desenvolvidas por profissionais de equipes da atenção primária em saúde em saúde mental;
- descrever os conhecimentos e as atitudes de profissionais de equipes da atenção primária em saúde sobre o apoio matricial em saúde mental;
- identificar as práticas de apoio matricial em saúde mental vivenciadas pelas equipes de atenção primária em saúde;
- identificar potencialidades e fragilidades das práticas de apoio matricial em saúde mental no cotidiano das equipes de atenção primária à saúde.

## 4. REFERENCIAL TEÓRICO DA ANÁLISE: A TEORIA DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL

### 4.1 Conceito da Representação Social

Representações sociais são idiosincrasias de conhecimento prático orientadas para a comunicação e para a compreensão do contexto social material e ideativo que vivemos. São modelos de conhecimentos que se exprimem com fundamentos intelectivos, como imagens, conceitos, categorias, teorias, mas não se reduzem aos componentes cognitivos. Uma vez que são socialmente compartilhadas, contribuem para a construção de uma realidade comum e favorecem a comunicação (JODELET, 1985).

Ainda nesse sentido representação social é uma construção comum, partilhada por um conjunto de atores que aquinhoam intentos, concepções, valores, experiências através das interações sociais em que acontece estarem envolvidos. As representações vivem, constroem-se, reconstroem-se para além da consciência de cada um, na sociedade, nos grupos em que cada um se integra ou a que cada um se referencia (BORGES, 2008).

A teoria da representação social foi iniciada por Serge Moscovici, psicólogo social, na década de 60, a partir de sua pesquisa sobre a apropriação pela população do conhecimento psicanalítico através da difusão pelos meios de comunicação que passaram a ser usada como conhecimento do dia a dia (MOSCOVICI, 1978). Este autor enfatizou a necessidade de compreender como as ideias científicas estão distantes dos grupos sociais e como esses mesmos seres adquirem a capacidade de trazer para si uma reorganização de pressupostos que se espalham pela sociedade e dominar de maneira readaptada as conversas e diálogos sobre os itens científicos transformados em conceitos consensuais. Para esse autor, a representação social é algo quase tangível, pois concretiza-se a partir de falas, de gestos, de comportamentos que estão constantemente cruzando e sendo revividos nas interações sociais, ou seja, a representação social não é algo estática e sim uma manifestação dinâmica considerada pela liberdade de expressão e de vivência de todos os indivíduos que pensam, refletem, discutem e rediscutem um assunto antes não dominado (MOSCOVICI, 1978).

Essa discussão trazida por Moscovici reflete sua necessidade de entender e rebater a ideia de que fatos e fenômenos sociais são coerções para todos os grupos sociais e adquirirem conceitos de maneira obrigatória, ou seja, um conjunto socialmente definido de apontamentos

e prescrições de caráter obrigatórios que determinam comunicações e comportamentos dentro desse grupo, seja uma religião ou outra instituição com elevado contingente de indivíduos.

Monteiro e Vala (2004) esclarecem que Moscovici iniciou sua discussão teórica para o contexto da representação do indivíduo em seu grupo, em sua vivência na vida cotidiana e com todas as possibilidades de escolhas, de determinações e da subjetividade, opondo-se aos conceitos do determinismo e coerção discutidos por Emile Durkheim, sociólogo, já no século XIX enfocando família, religião, política, entre outros, na representação coletiva, apresentando assim, uma das diferenças entre a representação social e representação coletiva, sendo a primeira, o estudo sobre o indivíduo em grupos reduzidos e a segunda, a tentativa de compreensão de manifestações de comportamentos em grandes grupos.

Para Oliveira (2012), Durkheim faz uma discussão sociológica dos conceitos sociais, denominando os fatos sociais, no início de suas pesquisas, como ordenador determinante e coercitivo dos comportamentos e a existência de grupos e instituições. Nos trabalhos finais e já organizando a denominada sociologia Durkheimiana, elimina o termo fato social e solidifica a discussão sobre a representação coletiva solidificando a sociologia do conhecimento e a sociologia da religião e por fim a institucionalização da sociologia como disciplina científica (OLIVEIRA, 2012).

Moscovici não traz a ideia da representação social para destruir o conceito teórico da representação coletiva e sim colocar o pensamento em todos os seus aspectos cognitivos e culturais na formação das múltiplas comunicações e comportamentos sociais (MONTEIRO e VALA, 2004). As representações sociais que importava para ele não era aquelas das sociedades primitivas, nem as sobreviventes em subsolos da sociedade atual, no subsolo da cultura e muito menos dos povos primitivos e sim as representações formadas da atuação da sociedade em seu dia a dia, com os conflitos, vivências, do solo político, científico e humano. As representações coletivas se constituem em um instrumento explanatório e se referem a uma classe de ideias e crenças e entende que existe a necessidade de transformação dessa palavra coletivo para social, pois ciências, mito, religião são fenômenos que necessitam ser explicados, descritos pois são fenômenos relacionados com um modo particular de se comunicar em vivências da realidade e do senso comum (MOSCOVICI, 2007).

Seu pensamento direciona para compreender como os indivíduos agrupam-se nos grupos, como adquirem e vivenciam os conhecimentos espalhados pela comunicação social. Todas as pessoas compreendem e manifestam os comportamentos da mesma maneira aquilo

que se ouve? Questionava esse psicólogo social. Os pressupostos apontam sobre as inúmeras pluralidades dos pensamentos e amplas diversidades culturais e cognitivas, ou seja, as compreensões são distintas e múltiplas esclarecendo as individualidades e subjetividades das pessoas e apesar do grupo ser homogêneo e coletivo, os aspectos individuais retraduzem e reapresentam conceitos inteligíveis para a comunicação social e a manutenção aprovada de comportamentos para determinado grupo específico (MOSCOVICI, 1978).

Nesse sentido de compreensão da noção de representação social e como distingue o processo de aprendizado e diferenças de interatividade de múltiplos grupos, Borges (2008) aponta que o fato dos atores interagirem, de estabelecerem relações podem contribuir para o entendimento da representação social como múltiplas formas que estarão presentes na identidade desse grupo e que favorecerá a compreensão da existência ou não de representações sociais instaladas, vividas e reapresentadas. Nessa acepção, a representação social como forma de pensamento ou conceito; como um conjunto de conhecimento ou de saberes; como atitude; como forma de ver o mundo, imagem; como processo e produto no sentido de prática e como linguagem ou comunicação (BORGES, 2008):

- Como conceito: Serão produzidas no seio do grupo e por esse mesmo grupo, classificadas, categorizadas, reconhecidas e diferenciadas. Um conjunto organizado de cognições desse grupo, uma partilha que foi organizada e que formará um senso comum, socialmente marcados;

- como conhecimento ou saberes: concorre para a construção de uma realidade comum a um conjunto social; o sujeito, ator, será um produtor de sentido, de saber. As representações sociais serão conjuntos de saberes de conhecimento partilhados que são gerados através de interações sociais que ocorrem entre os diferentes atores e diferentes objetos;

- como atitude: será através de atitudes dos comportamentos que os atores assumirão as suas posições, afirmar-se-ão como elemento de um grupo que partilha as mesmas atitudes e comportamentos. As representações sociais serão determinantes de nossa ação, dos nossos comportamentos e de atitudes que desenvolvemos e expressamos e que nos identifica como grupo de pertença; falamos de palavras, gestos, de encontros que a todas as horas e momentos circulam entre os elementos do grupo;

- como forma de ver o mundo, imagem: a representação social é aquela que a vê como um modo, uma forma de ver o mundo. Define o seu sistema de valores e determina o modo de

relação que desenvolve com seu ambiente físico, humano e social. As nossas imagens do mundo não são somente reflexos dos acontecimentos do mundo social, mas os acontecimentos do mundo social podem eles próprios serem reflexos e produtos de nossas imagens do mundo social.

- como processo e produto no sentido de prática: a representação social reveste-se de ação, agir pelo que cremos, enfatizando nesse ponto a tomada de decisões. As representações sociais serão um processo socialmente marcado, que permite construir a realidade, que estabelece relação entre o sujeito e o objeto usado para comunicar, compreender, dominar o social e o material.

- como comunicação, linguagem: comunicar é um aspecto fundamental da formação das representações sociais; encontrar pela linguagem o elemento que permite ao grupo consensualizar e será fundamental para compreensão partilhada dos objetos, das pessoas e dos acontecimentos. Falar de representação social enquanto comunicação é falar sobre os objetos representados e cujos discursos dependem das interações e do tempo que a relação se desenrola.

#### 4.2 O Conhecimento Reificado e Consensual

O conhecimento pode ser do tipo reificado e consensual. O primeiro relaciona-se com pensamento científico que se organiza e mantém-se restrito, fechado e indiscutível, especializado. O segundo está relacionado com o conhecimento que é obtido, reorganizado e através das conversações torna-se consensual e com uma nova objetividade. Esse conceito traz o contexto do senso comum, de uma manifestação cognitiva elaborada para a formação de conhecimento organizado e prático pautando uma correlação comum de troca de vivências para um determinado grupo social. (CAMARGO, PADILHA e SILVA, 2011; SÁ, 1998; MONTEIRO e VALA, 2004). A interatividade e o sistema de interpretação dos conteúdos mentais e verbais compartilhados dirigem nossa relação com todos ao nosso redor, com os conceitos que recebemos e dissipamos, a expressão dos grupos, as transformações e a estruturação manifestadas por todos os membros, dessa forma, o conhecimento especializado, científico, tão distante da população em massa pode tornar-se conhecimento de senso comum na população e todas as características exibidas consciente ou inconscientemente é a expressão de conceitos adquiridos nessa interatividade formando identidades sociais e comportamentais (MOSCOVICI, 2007).

Através da vivência das formações das identidades sociais, todo conteúdo imagético, pensado, discutido ou mesmo vivido por coerção imposta pela própria base desse grupo social, de acordo com Spink (1993) e Moscovici (1978), são repensados, recitados e rerepresentados. Isso indica e esclarece que todo conteúdo revelado já existia anteriormente em seu campo de memória, tornando-se simplesmente concreto e familiar. A mesma autora ilustra que toda representação social é engendrada pela integração cognitiva de dois processos que acontecem simultaneamente: A ancoragem e a objetivação. A partir do momento que o indivíduo ou o grupo depara-se com informações que são perturbadoras, não existentes ou ameaçadoras, existe a tendência da pessoa realizar a ancoragem, uma classificação, uma categorização através de conteúdos que já existem em seu campo mnemônico e poder favorecer que aquilo que era perturbador torna-se familiar e dominado pelo seu campo emotivo e afetivo. A objetivação enfatiza a necessidade de tornar esse objeto representado, esse fenômeno, em algo concreto, ou seja, como ocorre simultaneamente, transformará o abstrato em concreto, naturalizando esse fenômeno através de critérios culturais e normativos, e dissipando-se para a familiarização cada vez mais intensa desse fenômeno para o grupo social (MOSCOVICI, 1978; MONTEIRO e VALA, 2004; OLIVEIRA, 2014).

Para os indivíduos na sociedade tudo o que parece distante de seu conhecimento, fora de sua capacidade de compreensão, não classificado e não rotulado torna-se uma ameaça e para não ser descartado necessita estabelecer relações entre categorias e rótulos, ou seja, buscará algumas possibilidades existentes em sua memória para comparar, relacionar e submeter aquele novo conteúdo em uma imagem conhecida para si, o contexto imagético de objetos e fenômenos sociais (OLIVEIRA, 2014).

Nos estudos da representação social, Moscovici traz a ideia de que essa representação tem duas faces, a simbólica ou dos sentidos e a figurativa. Essa fase figurativa relaciona-se exatamente com a concretude dessa transformação, o sair do abstrato e cristalizar os conteúdos antes tão distantes e mesmo não nomeados (MOSCOVICI, 2007). Para o psicólogo social, Sá (2002) refere trazer algo de um universo desconhecido para o conhecido, ou seja, objetivar, ocorre em três fases distintas:

- Seleção e contextualização: Os indivíduos apropriam-se do conhecimento por contas dos critérios da vivência em seu campo social, cultural; essa Vivência faz uma construção seletiva de sua realidade, lembrando que na sociedade nem todos têm acesso às informações ou mesmo compreendem;

- formação de um núcleo figurativo: recorre às informações que se formaram e estão armazenadas em seu campo de memória, no decorrer da vida;

- naturalização dos elementos do núcleo figurativo: momento em que o abstrato se torna concreto e a partir desse momento passa a ser parte da própria realidade.

Entende-se assim que objetivação e ancoragem não acontecem em momentos distintos e sim em processo contínuo de transformações, desenvolvendo-se concomitantemente e dão sentido àquilo que é representado. A representação é sempre a partir de algo ou de alguma coisa, no entanto, nem todo objeto social é uma representação (SÁ, 2002). Assim, para a realização de pesquisas e estudos científicos rigorosos, existe a necessidade de considerar e elencar critérios bem específicos. Wagner (1998), apontou alguns critérios para as identificações das representações sociais e suas definições, derivados de um caráter em caráter sócio genético que teoricamente seriam supostos e estariam relacionados com a formação de processos e produtos sócio representacionais. O autor aponta que apesar de não serem amplamente aceitos nas academias, se forem vistos de maneira adequada e oportuna poderiam ser excelentes meios de valorizar e determinar maior rigor e atitudes dos pesquisadores das teorias das representações sociais.

- I. Consenso funcional - Tem a função de manter a unidade do grupo e auto categorizações para manter as interações de seus membros;
- II. Relevância – A representação traz um objeto social de relevância para a manutenção desse grupo, os atores sociais em questão;
- III. O critério da prática, principalmente a prática de comunicação. Nesse contexto essa representação existirá se existir uma manifestação reflexiva nesse contexto e utilizada no dia a dia, por exemplo, a prática de comunicar algo e debater, discutir, refletir a existência de algo ou alguma coisa.
- IV. Critério de holomorfose. Essa caracterização explicita a importância da diferenciação entre uma representação individual daquela que é social. A ideia de pertença a um grupo objetiva e determina atitudes e comportamentos típicos e reflexões próprias daquele agrupamento e normalmente todos os membros esperam determinadas atitudes ou comportamentos fundados, pois as crenças são projetadas para quem pertence a esse meio, todo conteúdo comunicacional foi reagrupado e rerepresentado de maneira que todos compreendam, diferente de conhecimentos e projeções que permanecem somente no indivíduo e acabam não

fazendo parte da realidade rotineira e funcional do grupo. A holomorfose, portanto, apresenta metas de pertença do grupo, com o desenvolvimento de contextos geracionais de senso comum, consensual para todos que ali se apresentam.

Importante salientar que nem todos esses critérios estão presentes, pois existem diferenciações estruturais e funcionais que diferenciam a formação dessas representações, por exemplo, objetos que são culturalmente construídos, ou objetos que dirigem condições contemporâneas ou mesmo objetos de ideias cientificamente socializadas (WAGNER, 1998). É nessa conjuntura de diferenciação que é apontado o contexto híbrido da formação da representação social no âmbito da saúde.

#### 4.3 A Teoria das Representações Sociais e o Campo da Saúde

A base teórica das representações sociais passara a ocupar espaço importante nas pesquisas brasileiras a partir da década de 80, tendo como a enfermagem uma grande produtora de pesquisas na compreensão das necessidades das formações profissionais, organização de serviços e também elevada extensão na compreensão dos aspectos da saúde pública. Da mesma maneira que a evolução das políticas de saúde proporcionaram melhora no atendimento da população, considerando seus aspectos universalizantes e integrais, as pesquisas no campo da saúde reverteram seus olhares e objetivos para a percepção dos enfermos para seus aspectos de saúde/doença e incluindo aí suas reais necessidades, suas possibilidades de verbalizar o que é mais importante, assim, como a percepção dos profissionais para essas necessidades (OLIVEIRA, 2014).

A autora propõe que todos os aspectos de necessidades manifestadas e observadas estão relacionados com características de desenvolvimento de sua vida em seu grupo social. Faz parte de seus arquivos mentais teorias, conhecimentos, práticas, vivências, experiências não somente da história de sua vida, o que aprendeu e recebeu, mas a própria história dos cuidados de saúde, desde tempos primordiais, com seus pressupostos de domínios, assim como o desenvolvimento de expectativas e conhecimentos definidos pela própria sociedade, em outras palavras, para que todos os profissionais desempenhem suas funções com qualidade, alguns padrões sempre estarão presentes, como a ciência do cuidado em saúde e nele a formação técnico-prática desde a hegemonia biomédica, com seus raciocínios lógico-centrados na microbiologia da contaminação até o desenvolvimento das práticas de promoção à saúde; os valores e expectativas individuais, de como as pessoas formaram seus conhecimentos e como buscam solucionar seu adoecimento, como busca a cura e também os

valores e expectativas dos grupos sociais, suas representações da saúde e doença, e essa é uma clara manifestação de que saúde e doença não dependerá somente da manifestação técnico científica e sim de como as pessoas acreditam, suas preferências sempre deverão ser levadas em conta.

As Políticas Públicas elaboradas no contexto da saúde, nas últimas décadas visam proporcionar aos indivíduos a possibilidade de serem vistos como pessoas holísticas, totais, e não fragmentadas. Para Oliveira (2014) as necessidades das pessoas a serem solucionadas estão multifacetadas na busca de equilíbrio biopsicossocial e também espiritual e dentro dessas características, os próprios cuidados não devem ser simplesmente multidisciplinares e sim inter ou transdisciplinares, proporcionando um atravessamento entre campos que será fundamental na possibilidade de múltiplas visões sobre o objeto ou o cuidado a ser desenvolvido. Quando interagem entre si, produzirão relações necessárias para a oferta de cuidado aos interesses do indivíduo adoecido e essa é uma grande importância do pensar a tecnologia do atendimento à saúde (OLIVEIRA, 2014).

Pensar, então, os aspectos da tecnologia aos atendimentos é afirmar que as equipes devem estar instrumentalizadas mediante todas as necessidades apresentadas e entender que nessa relação interpessoal entre profissionais e clientes estão envolvidos todos os aspectos pessoais, culturais, formação teórica e prática, assim como as crenças e o desdobramento social. A partir das representações sociais novos olhares são permitidos, além das normativas tecnológicas, as subjetividades tornam-se um foco importante ao que se constituem em todos os espaços sociais, como sistema produtivo da sociedade, valorização da qualidade de vida e atitudes do cotidiano (OLIVEIRA, 2014).

A integralidade como desejo e objetivo, é pensada nessa tecnologia com a interação e integração entre todos os saberes científicos e profissionais, assim como os saberes cotidianos e culturais construídos pelos usuários fazendo dessas representações nesse âmbito uma formação de identidades específicas, vivenciando e rerepresentando características próprias. Essas características são reconhecidas como uma forma específica do saber, com desenvolvimento de comportamentos internalizados e que normalmente não são manifestados no âmbito social. Comportamentos a partir das representações cotidianas e culturais do profissional, assim como a reorganização de imagens e símbolos a partir do conhecimento técnico adquirido, com a junção das representações sociais trazidas pelos usuários, formarão uma caracterização de atitudes que poderão ser desenvolvidas no cotidiano, por serem

construídas e reelaboradas nesse ambiente e formarão um saber técnico-profissional que orienta as práticas profissionais, ou seja, uma formação técnica híbrida composta pelo conhecimento consensual adquirido em sua história e o conhecimento reificado, não determinista, que possibilita que utilize essa construção reapresentada em seu campo de aprendizado para a resolução de inúmeros problemas do seu dia a dia (OLIVEIRA, 2014).

Nesse enquadramento do campo da saúde é importante compreender e referenciar os aspectos da saúde mental discutidos em pesquisas que levaram a compreensão dessa temática e como a teoria da representação social explicitou essa manifestação de pensamentos e comportamentos frente ao indivíduo em sofrimento psíquico. Nesse ínterim, entendemos que as pesquisas de Denise Jodelet trouxeram elementos importantes para essas definições da teoria da representação social e a saúde mental.

Nas últimas décadas estamos convivendo com a questão da desospitalização do indivíduo com transtorno mental para sua vivência comunitária, no entanto, Jodelet (2005) afirma que nunca bastará a saída dessas pessoas do processo da institucionalização e sim desinstitucionalizar todos os aspectos e fornecer uma ampla rede de apoio e preparação de todos os profissionais para esse atendimento. Entende que no decorrer dos anos os profissionais apresentaram muita dificuldade e estranhamento para a aproximação e realizar os cuidados. Uma explicação é que as pessoas apresentam medo de também desenvolver algum tipo de transtorno mental, tornar-se um deles e aos poucos desenvolvem fobia de contato (JODELET, 2005).

Questionamentos sempre surgem frente a essa dificuldade em aceitar esse ser estranho, que escapam às previsibilidades e ninguém compreende? (JODELET, 2005). Mediante esses questionamentos, a autora desenvolveu sua pesquisa de grande importância, intitulada: Loucuras e representações sociais. Como os aldeões de um vilarejo na França, Alnay-Le-Chateau recebem, absorvem e convivem com esses pacientes.

Essa fobia de contato discutida por Jodelet trouxe outros questionamentos sobre atitudes hostis, fala de exclusão por parte de alguns profissionais e que suscitaram a realização de outras pesquisas para a compreensão desse aspecto de estranhamento comportamental. Mesmo com a ampliação das terapêuticas comunitárias, no imaginário popular das antigas histórias da psiquiatria, a representação social manteve-se nessa máscara e figuras da loucura (JODELET 2005).

Pesquisas em saúde mental, nessa circunstância, torna-se um objeto ideal para o entendimento do pensamento e comportamento social de quem apresenta sofrimento psíquico e de quem lida com as pessoas que estão em sofrimento psíquico (JODELET, 2005). É no comportamento que entendemos as manifestações internas e subjetivas. Dessa maneira, pensar o contexto do apoio matricial em saúde mental é identificar pensamentos e comportamentos de equipes que necessariamente estarão em preparação e instrumentalização para receber todos essas pessoas em sofrimento psíquico.

A utilização da teoria da representação social favorece, assim, compreender os aspectos subjetivos dos profissionais em seu campo de trabalho. Aplicada nesse campo de saúde, a teoria das representações sociais possibilita elucidar os sentidos atribuídos à saúde, à doença na vida cotidiana e a forma em que o contexto sócio cultural articula ideias e ações nesse processo. De acordo com Monteiro e Vala (2004), as representações sociais são compostas pelas percepções dos indivíduos e não são facilmente alteradas por novos conhecimentos possuindo forte influência do contexto em que foram formadas, assim, compreende-se o quanto de subjetividade existe nas experiências de verem e representarem o processo de saúde e doença no campo de trabalho, compreender as condutas frente a esse recente modelo implantado de apoio à pessoa em sofrimento psíquico.

Nesse termo, as representações sociais trazem uma finalidade para descrever e compreender as práticas a respeito de um objeto, valendo-se das falas dos sujeitos envolvidos, tentando desvendar os valores e os pensamentos desses sujeitos, já que os comportamentos estão relacionados com aquilo que a pessoa pensa (MACHADO, 1995). Nesse sentido, pensar essa construção simbólica é pensar nos aspectos cognitivos apresentados e reapresentados pelas pessoas, suas manifestações objetivas compartilhadas e ideias subjetivas com necessidades de entendimentos. Essa perspectiva aponta o maior interesse dos pesquisadores em busca das formações de representações sociais de vários objetos em múltiplos grupos sociais.

Evidenciamos algumas pesquisas com resultados apresentados sobre representação social e apoio matricial em saúde mental com a finalidade de entendermos o que já foi adquirido nesse contexto de formação de conhecimento da TRS e se eles se comunicam com os elementos formadores de uma RS.

O estudo de Ballarin, Blane e Ferigato (2012) sobre representações sociais de profissionais da atenção primária em saúde do apoio matricial em saúde mental apresenta os seguintes aspectos:

- O apoio matricial é um espaço de ensino aprendizagem, uma dimensão pedagógica. Traz a ideia da necessidade de equipes agruparem-se com a finalidade de aprenderem conceitos, aprendizados necessários para o desenvolvimento de uma melhor função;

- o apoio matricial traz uma dimensão conceitual – o entendimento pelos profissionais não é muito claro ou é muito variado. Os pesquisadores compreenderam que existem, nesse grupo pesquisado, conceitos incompletos ou distorcidos sobre esse conhecimento, nesse ínterim seria um obstáculo a ser superado para que o apoio matricial seja um transformador e modificador de paradigma;

- o apoio matricial é algo realizado de múltiplas maneiras, como os profissionais se organizam para implementar um trabalho; existe uma especificidade relacionada a esta ferramenta que estão de acordo com os casos específicos a serem atendidas em uma determinada região e também frente ao conhecimento e construção da formação do matriciador;

- o apoio matricial é um espaço de relações e de produção de subjetividades. Os pesquisadores compreenderam que essa representação formada indica que os sujeitos que integram as equipes dão sentido às suas experiências de trabalho e aos processos de contato e subjetivação, apontando de que seria uma fonte de valorização pessoal, mas também de sofrimento (BALLARIN, BLANE e FERIGATO, 2012).

Em outra pesquisa sobre a resolubilidade do cuidado em saúde mental na ESF, Barreto et al (2014) identificaram algumas representações sociais de profissionais de uma determinada unidade básica:

- O apoio matricial tem a função na resolubilidade em saúde mental na ESF, na abordagem e capacitação das equipes. Assimilaram que para os profissionais dessa unidade, o apoio matricial resolverá todos os problemas de sofrimento psíquico que chegam à unidade, da mesma maneira que fará a capacitação da equipe de referência para atender os casos de transtornos mentais do território;

- o apoio matricial favorece ao cuidado territorial para compartilhar informações e facilitar o processo terapêutico. Trazem a compreensão de que todas as informações colhidas em todo o território serão discutidas e compartilhadas com a finalidade de facilitar a ajuda para essas pessoas e favorecer um processo terapêutico mais completo (BARRETO et al, 2014).

Ainda nessa acepção de conhecimento de representações sociais do apoio matricial, Reis e Rotili (2016) na pesquisa com profissionais da atenção primária granjearam a representação:

- O apoio matricial é dado pelos gestores da saúde. Tal informação traz esse conceito distorcido da função do apoio matricial indicando essa crença de que os gestores realizam o apoio, eximindo-se assim, da responsabilidade de criar protocolos para a organização do trabalho, sendo que esses protocolos devem ser criados a partir das reuniões na unidade com a participação de todos os profissionais.

Outro dado apresentado como formação de representação social é retratado por Silva (2017) em sua dissertação sobre o apoio matricial do NASF, representação social de profissionais:

- O apoio matricial está relacionado à reunião, apontamento de que não são realizadas para esclarecimentos. Tal informação completa algumas informações já apresentadas, como sentido de as equipes agruparem-se, reunirem-se para discutir todos os casos, porém, não é efetiva, e falha na função de modificação de paradigmas.

Em sua pesquisa de possibilidades e desafios do apoio matricial na atenção básica, Gondim et al (2014) apresentam uma representação formada pela equipe:

- O apoio matricial é um atendimento vinculado à consulta médica. Esse contexto apresentado expõe a manutenção do modelo biomédico hegemônico e histórico dos atendimentos nas unidades e que não apresentava resolução dos casos que adentravam na unidade. Os conceitos das novas políticas de saúde e da atenção básica impõe que a modificação dos modelos de atenção seria favorável para compreender melhor a pessoa em sofrimento que busca atendimento, equipes realizando discussões transdisciplinares, constituirá no fator primordial para as mudanças e transformações de paradigmas da saúde.

Compreendemos que os resultados apresentados nas pesquisas trazem uma discussão semelhante pelos pesquisadores quanto aos aspectos de que apoio matricial tem um sentido de agrupamento, reunião, momento educativo e de aprendizagem. É nesse ponto que o apoio matricial pode ser compreendido como elemento transformador de paradigmas das funções de atendimento em saúde na atenção primária, como esse conceito altera o funcionamento do relacionamento da equipe em prol da saúde da pessoa que busca assistência, como falarão os mesmos conceitos, os mesmos conhecimentos, os mesmos saberes. Como esse grupo de profissionais desenvolverão os mesmos valores e que determinarão o modo de relação que desenvolverão nesse ambiente físico, isto é, terão as mesmas ações frente ao que o apoio matricial pode proporcionar.

Essas pesquisas apresentam dados de que existe uma ruptura no processo comunicativo e educativo quanto à formação do apoio matricial e também aspectos distorcidos de sua função. Apesar da apresentação de dados como dimensão conceitual e uma dimensão como produção de subjetividades, o conceito é afirmado como incompleto e distorcido e que a produção subjetiva traz a ideia de valorização ou sofrimento da pessoa, não elucidando exatamente o quanto esse grupo de participantes das pesquisas realmente possuem de formação de representação social nesse objeto levantado.

Ressaltamos a necessidade de questionar se todos esses dados apresentados trazem uma formação definida de RS e se o apoio matricial já é um dado concreto para esses grupos e esses locais pesquisados. De acordo com a discussão teórica dos elementos de uma RS, entendemos que não apresentaram vários desses fundamentos, como atitude, imagem, processo/produto de prática e a comunicação, e alguns que foram citados assentiram-nos como inconclusivos, assim, concebemos que é necessário buscar novas informações sobre a representação social do apoio matricial em saúde mental, se os elementos formadores estão presentes em grupos de trabalhadores da atenção primária e se conseguiremos determinar a formação de representação social do apoio matricial.

## 5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

### 5.1 Tipo de Estudo

Pesquisa de abordagem qualitativa, tipo estudo de caso. Este tipo de pesquisa é definido como uma investigação empírica que busca em profundidade um fenômeno contemporâneo, ou seja, em seu contexto do mundo real. Caracteriza-se por ser um método abrangente que contempla desde o planejamento do projeto de pesquisa com a definição de seus componentes, até as técnicas de coleta de dados e as abordagens específicas para a análise de dados (YIN, 2003). Nesse sentido, optamos por realizar o estudo do universo de uma ESF, com amostra de uma única unidade para evidenciar os processos e os produtos sociais, a realidade natural daquele grupo onde o possível fenômeno ocorre.

O método qualitativo é normalmente utilizado quando se aplica em estudo das histórias, das relações das compreensões, das representações existentes e desenvolvidas, de como os seres desenvolvem e constroem seus artefatos, pensamentos, como trabalham e como vivem (MINAYO, 2009).

A pesquisa qualitativa visa compreender a lógica interna dos grupos e como são construídos os valores culturais e suas representações sociais de suas histórias e de temas específicos. Necessário salientar que seu universo é o cotidiano e a partir disso a formação do senso comum com reapresentações, reinvenções e reinterpretções pelos sujeitos que as vivenciam (MINAYO, 2009).

### 5.2 Campo de Estudo

O campo de estudo na pesquisa qualitativa pode ser definido como “o recorte espacial que diz respeito à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto de investigação” (MINAYO, 2009). Será nesse campo que a interação entre pesquisador e sujeitos acontece criando todas as condições para as vivências e o conhecimento da realidade.

A pesquisa teve como campo de estudo a atenção primária à saúde de um Município brasileiro no interior do estado de São Paulo. Foi considerada a primeira cidade brasileira no Ranking IFDM, que levam em conta os critérios de emprego e renda, educação e saúde. Sua

população estimada em 2017 é de 230.770 Habitantes, com densidade demográfica de 207.90 hab/km<sup>2</sup>

Informações importantes sobre o município em questão puderam ser obtidas por intermédio do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas). 29% da população vive com rendimento mensal de até meio salário mínimo; existe uma maior porcentagem de pessoas com o ensino fundamental incompleto e alfabetizadas; de 1991 a 2010, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) do município passou de 0,607, em 1991, para 0,815, em 2010, enquanto o IDHM da Unidade Federativa (UF) passou de 0,493 para 0,727. Isso implica em uma taxa de crescimento de 34,27% para o município e 47% para a UF, apontando que o crescimento do município foi menor que a evolução dos índices de desenvolvimento do estado; de 1991 a 2010 teve um aumento de 19 anos na expectativa de vida e queda na taxa de mortalidade infantil e de criança até 5 anos; em 2014 os maiores casos de óbito no município estão relacionados com presença de tumores, problemas do aparelho respiratório e circulatório, de acordo com os dados apresentados pelo Ministério da Saúde (IBGE, 2016).

Possui 23 unidades físicas de ESF, e 31 equipes, sendo que algumas unidades apresentam 01 equipe, outras apresentam duas ou três.

Mediante a necessidade da reorganização da atenção primária em saúde com o surgimento do programa de agentes comunitários e programa de saúde da família, no ano 2000, frente à avaliação das necessidades de algumas regiões em situação de maior vulnerabilidade, riscos com a violência social, aumento do abuso de drogas, aumento de pontos de tráfico, prostituição.

De acordo com o Ministério da Saúde (2008) a equipe do NASF surgiu com a proposta de agir em conjunto com a equipe da saúde da família para favorecer e proporcionar a manutenção da universalidade, integralidade equidade a toda população. Esse apoio possibilita que o paciente receba uma atenção e seja acompanhado em longevidade em sua própria comunidade.

Em 2009 (dois mil e nove), é tramitado o projeto de Lei na Câmara Municipal com autoria da Prefeitura Municipal de nosso município da pesquisa para a instalação do Núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF) e em 14 (quatorze) de dezembro de 2009 é aprovada a

lei em sessão ordinária trazendo o número 7159/2009. Fica estabelecido o apoio por essa equipe nas unidades básicas frente ao levantamento de maior necessidade, podendo ser composta, no período dos 06 (seis) primeiros meses, por profissionais da própria rede de atenção à saúde e posteriormente a convocação seria por cargos mediante concurso público (CÂMARA MUNICIPAL, 2009).

O levantamento realizado pela Secretaria da Saúde apontou que os principais problemas estavam relacionados à saúde mental, assim, a equipe do NASF do município trouxe desde o início uma característica para atuar sobre problemas de saúde mental.

O município apresentado possui 01 (uma) equipe de NASF com os componentes: 01 (uma) psicóloga, 02 (dois) terapeutas ocupacionais, 01 (uma) nutricionista, 02 (dois) psiquiatras. Os 02 (dois) fisioterapeutas que faziam parte da equipe foram transferidos para o serviço de reabilitação física do município, configurando, assim, uma equipe característica da saúde mental.

Da mesma maneira que a necessidade de implantar a saúde da família em áreas de maior vulnerabilidade, a equipe do NASF desde o início foi direcionada para atuar em áreas de riscos e aumento do abuso de drogas e violência social. Mantém atuação em 09 unidades.

O projeto de pesquisa foi enviado à Secretaria de Saúde do Município, e após a aprovação, a coordenação foi contatada, com a apresentação do projeto, solicitando permissão para a efetivação das entrevistas.

### 5.3 Local de estudo

Os critérios de escolha da unidade para a pesquisa relacionaram-se com o tempo de existência da unidade básica como ESF; presença de uma equipe na realização de apoio matricial; estar em um território de riscos, com elevado número de casos de sofrimento psíquico que chegam à equipe da família, seja abuso de múltiplas drogas ou outro adoecimento psíquico. A unidade de escolha, Jd Guanabara (nome fantasia), funciona como ESF há 10 anos, com equipe completa (enfermagem, médico da família, residentes, agentes comunitários, profissionais da odontologia); assistência de apoio matricial há 08 anos; localizada em território com presença de pontos de tráfico de drogas, alto número de abusadores de múltiplas drogas e elevado número de pessoas que buscam atendimento para crises de ansiedade e queixa de depressão.

Mediante a caracterização importante para a compreensão do objeto de estudo, a unidade foi escolhida para estudo do universo dessa realidade compreende-se também que para superar a fragmentação disciplinar e situar-se na complexidade, é necessário ir além dessas somatórias de campos, propondo além das modalidades de ações conjuntas, ações para múltiplas visões (OLIVEIRA, 2014). Para essa autora cada disciplina ou cada grupo profissional tem acesso a uma faceta do objeto de estudo e a interdisciplinaridade ou mesmo a transdisciplinaridade provoca atravessamentos e múltiplas visões do objeto em estudo, ou seja, ouvir as múltiplas falas, observar comportamentos desses vários profissionais favorece maior compreensão das possíveis representações sociais do objeto a ser estudado (OLIVEIRA, 2014).

#### 5.4 Participantes da Pesquisa

O universo foi composto por 14 profissionais da ESF (agentes comunitários, técnicos de enfermagem, enfermeiro, médico da família, residentes de medicina, dentista, auxiliar de dentista, agentes administrativos) que estavam em contato e recebem apoio, orientação dos profissionais do NASF em apoio matricial.

Utilizamos como critérios de inclusão e exclusão dos participantes:

##### Critério de inclusão

Todos os profissionais que atendem regularmente na equipe

##### Critérios de exclusão

Os profissionais recém-admitidos na unidade (inferior a dois meses); sem contato prévio com pacientes em sofrimento psíquico e sem contato anterior com atividade de apoio matricial ou contato com a equipe do NASF.

Todos os profissionais da equipe foram incluídos, cujo grupo de participantes da pesquisa foi composto por 14 funcionários da unidade, no entanto, 01 funcionária recusou-se a participar, permanecendo assim, 13 participantes. A fim de garantir o anonimato dos sujeitos, foram identificados pelo número da entrevista (1, 2, 3, 4, etc.)

#### 5.5 A coleta de dados

Por meio de entrevistas semi-dirigida, gravadas e transcritas pelo pesquisador.

De acordo com Minayo (2009) a entrevista é, antes de mais nada, uma relação de conversa entre duas ou mais pessoas e tem o objetivo de colher informações para um objeto de pesquisa. É a estratégia mais usada no trabalho de campo.

O instrumento de coleta de dados em primeiro momento foi composto por perguntas semi-dirigidas para disparar a entrevista: O que significa apoio matricial para você? Qual a sua percepção dessa atividade realizada? Como é para você participar dessa atividade de apoio pela equipe especializada para uma pessoa com transtorno mental. Fale sobre sua experiência. Esse instrumento foi aplicado em uma entrevista piloto para avaliar as questões disparadoras e para treinamento do pesquisador.

Comprendemos, através das entrevistas piloto, que a palavra NASF está diretamente vinculada a compreensão sobre apoio matricial, não dissociam as duas situações, ou seja, quando pensam ou falam apoio matricial, remetem à palavra NASF, como sinônimo, assim, escolhemos acrescentar a palavra NASF no roteiro da entrevista, porém, não alterando a ideia do objeto da pesquisa que é apoio matricial.

Um segundo instrumento de roteiro de entrevista semi-dirigida foi elaborado e definido para a aplicação na unidade onde realizar-se-ia a pesquisa. O instrumento continha: O número da entrevista, local, data, sexo, idade, horário de início e término da entrevista. Em seguida a conversa dava prosseguimento com as seguintes perguntas:

- a) Qual a sua função aqui na unidade?
- b) Como acontece o trabalho de saúde mental na unidade?
- c) Como acontece o apoio matricial na unidade – Como é o trabalho do NASF na unidade?
- d) Para você, o que a equipe de referência pensa sobre o apoio matricial, sobre o trabalho do NASF?
- e) Para você, qual a relação da equipe de referência com o NASF?
- f) Onde você ouviu falar sobre apoio matricial?
- g) O que é apoio matricial para você?
- h) Para você, o que o NASF pensa sobre o apoio matricial?
- i) Como é para você participar dessa atividade de apoio matricial relacionado com as questões de transtorno mental? Fale um pouco sobre sua experiência?

Importante ressaltar que o instrumento do roteiro das entrevistas possuía as 9 questões que não eram fechadas na conversa e sim disparadora de uma possível extensão com o pesquisador acrescentando novos questionamentos mediante a fala do entrevistado para que todos os recursos e subjetividades pudessem ser tocadas com as falas espontâneas.

Os horários das entrevistas deveriam ser agendados com antecedência ou poderia permanecer na unidade aguardando a liberação do trabalhador. As entrevistas foram agendadas tanto no período da manhã como à tarde, de acordo com o momento de possibilidade da conversa. As 13 entrevistas foram desenvolvidas em um período de 60 dias, com muitas dificuldades referentes aos dias da semana, funcionamento da rotina da unidade e horários de liberação do funcionário para a participação na pesquisa.

Com o conjunto de dados obtidos com a entrevista, obteve-se um amplo painel que retratou as diversas experiências e pontos de vistas.

## 5.6 Cuidados Éticos

A fim de que os entrevistados tivessem seus direitos resguardados, este estudo foi submetido:

- À análise e aprovação da comissão de ética em pesquisa da Universidade Federal de São Carlos N° do CAAE: 80455317.7.0000.5504; número do parecer: 2.442.006;
- foi facultada aos sujeitos da pesquisa a possibilidade de participarem ou não do estudo, sendo que no caso do mesmo não quisesse participar ficaria claro que isso não lhe acarretaria nenhum prejuízo;
- foi disponibilizado um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 01) o qual foi lido e esclarecido junto com os colaboradores. Após a leitura, tal termo foi assinado pelo participante e pelo pesquisador em duas vias.

## 5.7 Análise dos Dados

Os dados foram apreciados através da análise lexical de conteúdo realizada pelo software IRaMuTeQ (Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de Textes et Questionnaires, versão 0,7 alpha 2, desenvolvido por Pierre Ratinaud em 2009. De acordo com Berri, Camargo e Castro (2016) o programa é traduzido para diversas línguas, possui interface simples e por ser gratuito é muito acessível a todo tipo de pesquisa.

Este programa viabiliza diferentes tipos de análises textuais, desde aquelas bem simples, como a lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras até outras análises mais variadas, como a classificação hierárquica descendente ou a análise de similitude). O programa apresenta resultados de forma muito clara e intensamente simples para a leitura e interpretação, como a nuvem de palavras (CAMARGO e JUSTO, 2013).

O programa apresenta duas análises, a lexical clássica e a específica. Na primeira ele identifica as unidades de texto, transformando as unidades de texto iniciais em unidades de contexto elementares (UCE). Identifica a frequência média de palavras e o número de hápax (é o número de palavras que aparecem somente uma vez no texto); faz a lematização (redução das palavras com base em suas raízes), apontando que o IRAMUTEQ apresenta regras próprias nesse processo de formação ou identificação dos lemas, como os verbos são convertidos ao infinito, o substantivo ao singular e os adjetivos ao masculino singular esclarecendo também que não permite a ocorrência de desambiguação; identifica também formas simples e suplementares (CAMARGO e JUSTO, 2013).

Na presente pesquisa foi definido um corpus de análise através das 13 entrevistas. Cada entrevista constituiu um segmento de texto (ST) e deu a formação ao RST (Reagrupamento de segmento de texto). Cada segmento de texto dava início através de uma linha de comando com caracterização própria do programa, exigindo a utilização inicial de 4 asterisco, espaço, outro asterisco e colocação de variáveis de acordo com o que o pesquisador deseja analisar, seja identificação do número da entrevista, sexo, idade, escolaridade e outros.

Na análise de especificidades é realizada a produção textual em função das variáveis de caracterização, uma análise de contraste. O corpus é dividido de acordo com as variáveis que foram escolhidas pelo pesquisador. As 13 linhas de comando foram organizadas e suas variáveis foram entr=entrevista; sex=sexo; ida=idade; profiss=profissão.

O programa apresenta o método de (CHD) Classificação Hierárquica Descendente que classifica os segmentos de texto de acordo com seus vocabulários. A análise obtém classes de UCE, que ao mesmo tempo, apresenta classes semelhantes entre si e vocabulários diferentes das UCE das outras classes. O IRAMUTEQ apresenta também os resultados por meio de uma análise fatorial de correspondência e apresenta em um plano cartesiano as diferentes palavras e variáveis associadas a cada uma dessas classes. Existe a possibilidade de analisar a

partir do corpus de texto o contexto das palavras que são muito significativas e possibilita uma maior leitura e compreensão mais qualitativa dos dados. (CAMARGO e JUSTO, 2013).

A partir das classificações fornecidas pelo IRAMUTEQ buscou-se identificar as representações sociais dos trabalhadores da atenção primária à saúde sobre o apoio matricial em saúde mental.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 Caracterização dos entrevistados

Os dados apresentados indicam o maior número de mulheres na unidade, representando 77% do total dos funcionários. Essa informação traz a confirmação da caracterização da feminização no trabalho da saúde. Pesquisas nos Estados Unidos e Canadá apontam alta porcentagem de mulheres no setor, 43,2%, 43,8%, respectivamente. Em países da América Latina a porcentagem apresenta-se mais reduzida, Brasil, 33,5%, Argentina, 26,9%, Chile, 26,2%, no entanto, denota crescimento progressivo nas últimas décadas, mesmo dentro de profissões com domínio masculino, como a medicina, cuja porcentagem de mulheres torna-se mais efetiva, representando 35,94%; Dados do IBGE 2000, as mulheres representam 90,39% dos enfermeiros e 95,31% dos nutricionistas (OLIVEIRA et al, 2010).

Percebe-se que 62% do grupo está dentro de uma classe mais jovem dos funcionários, entre 20 e 40 anos e uma porcentagem menor de funcionários entre 41 e 50 anos. Não existe nenhum idoso, acima de 60 anos, em atividade trabalhista na unidade.

Os dados esclarecem que a unidade apresenta um número maior de funcionários que trabalham nessa ESF há mais tempo, com 62% do total dos trabalhadores. Um número menor, 15% do total dos funcionários, trabalham entre 01 e 03 anos.

Os dados apontam 62% dos participantes da pesquisa são de profissões de nível não superior.

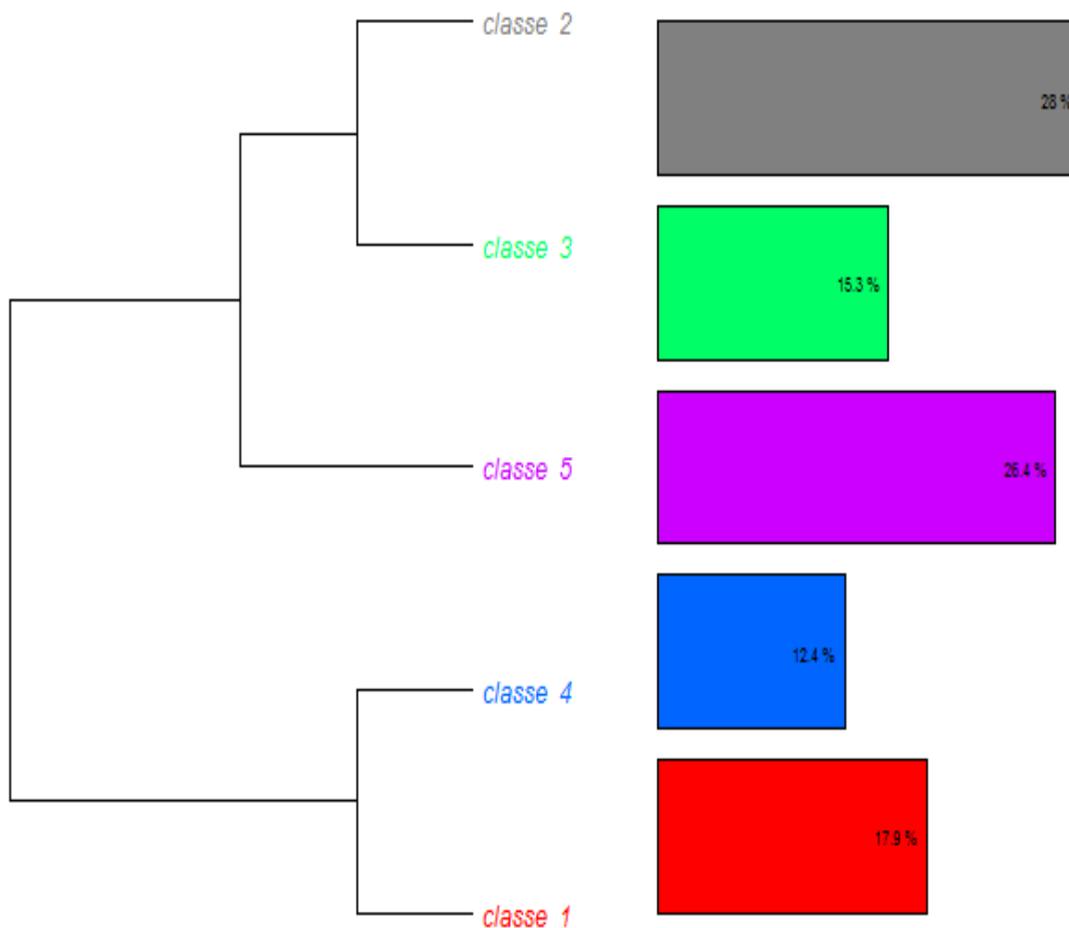
### 6.2 Apresentação dos Resultados do IRAMUTEQ

O corpus formado pelas 13 entrevistas foi processado pelo programa excluindo as falas do pesquisador. O IRAMUTEQ dividiu o corpus em 13 textos, separados em 1083 segmentos (ST), com aproveitamento de 868 STS (80,15%). Emergiram 37614 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 3353 palavras distintas e 1613 com uma única ocorrência. O conjunto analisado foi classificado em cinco classes: Classe 1, com 155 ST (17,86%); classe 2, com 243 ST (28%); classe 3, com 133 ST (15, 32%); classe 4, com 108 ST (12,44%); classe 5, 229 ST (26,38%).

### 6.3 Classificação Hierárquica Descendente (CHD)

Nessa caracterização de interpretação do programa utilizamos o Simple SUR ST, normalmente é recomendado para segmento de textos com respostas mais longas. O software nos possibilitou a divisão final das classes representadas graficamente por um dendograma<sup>1</sup> de leitura da esquerda para a direita e a identificação lexical contida em cada uma das classes.

Figura 1 – Dendograma 1 da CHD



Fonte: Dados da pesquisa com o software IRAMUTEQ versão 0,7 alpha 2 (2018)

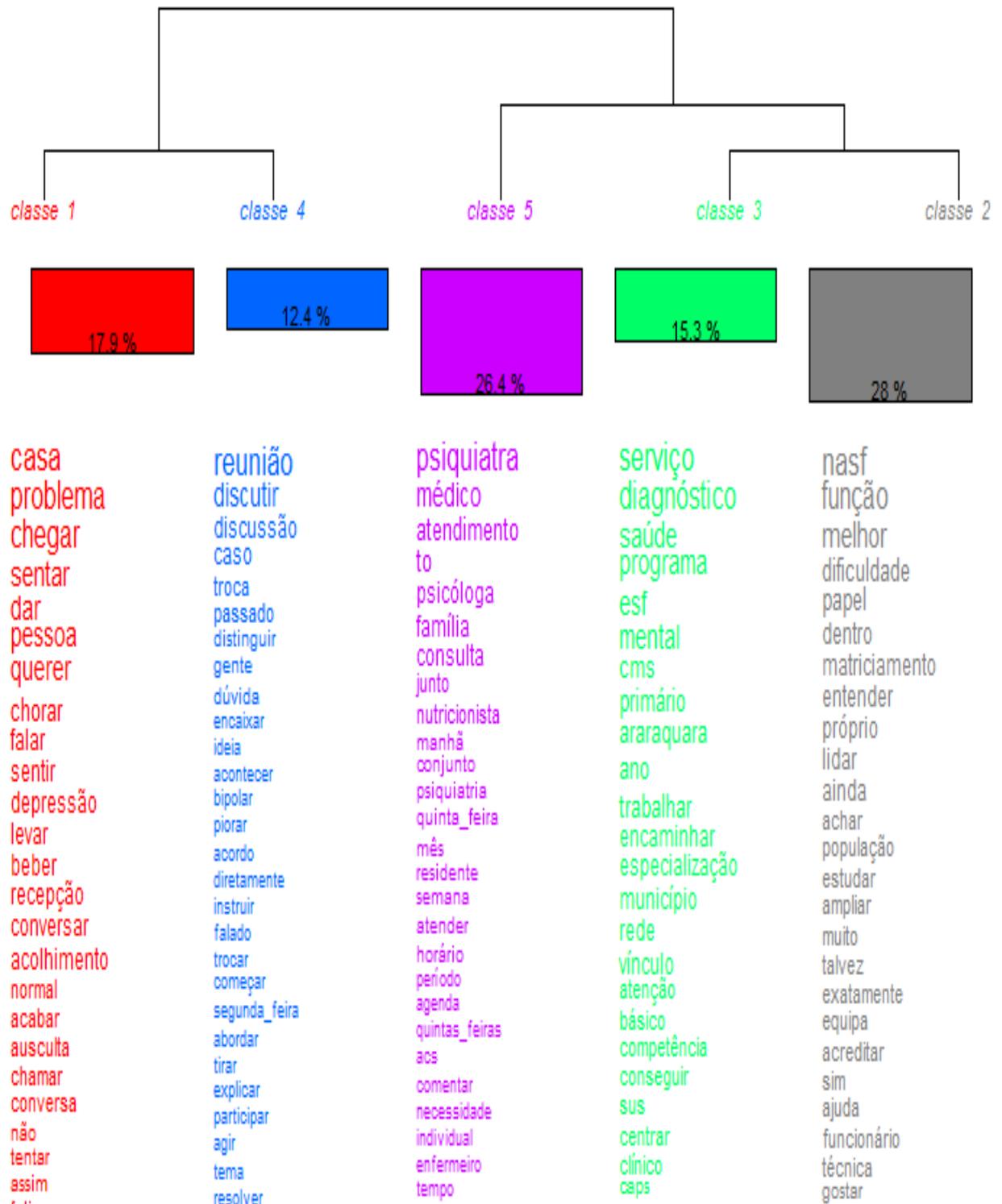
A leitura do dendograma, como já especificado, é realizada da esquerda para direita, de acordo com as especificidades e necessidades de seu agrupamento. Essa figura apresenta um corpo que é dividido em dois subcorpos, por exemplo, a e b sendo que o a vai ser dividido em mais três subgrupos (Classe 2, 3 e 5), sendo o 2 e 3 ramificado de um único ponto; e o b

<sup>1</sup> Representação diagramática ramificada da inter-relação de um grupo de itens que participam de alguns fatores comuns (IRAMUTEQ).

em mais dois subgrupos (classe 4 e 1). Dentro dos subgrupos, percebemos que aproxima ainda mais os vocábulos entre as classes. Tornando clara as afinidades entre elas, a classe 2 e 3, por exemplo e seu distanciamento da classe 1. O afastamento relaciona-se ao seu significado, o que cada classe apresenta em seu conteúdo, em sua categoria.

Esclarecemos que o resultado apresentado pelo IRAMUTEQ está de acordo com a entrevista realizada. O pesquisador fez levantamento de contexto do atendimento em saúde mental para a compreensão do pensamento e comportamento da equipe na unidade, como reagem e vivenciam o contexto da saúde mental, assim como levantamento sobre apoio matricial. Os sujeitos ao falarem sobre apoio matricial fazem fala direta da palavra NASF, como referência de que ali nessa unidade, esse apoio é realizado somente por esse grupo de trabalhadores, justificando o aparecimento da palavra NASF nas classes. Assim, o tema: vivências em saúde mental dá origem à classe 1: acolhimento em saúde mental e classe 4, aprendizagem em saúde mental; o tema: atribuições e ações do apoio matricial dá origem à classe 5, atividades de apoio matricial realizadas por profissionais do NASF e deu origem às duas classes: classe 2, qual o papel do NASF no apoio matricial?; classe 3, o apoio matricial no estabelecimento do diagnóstico e encaminhamentos aos serviços especializados pela atenção primária.

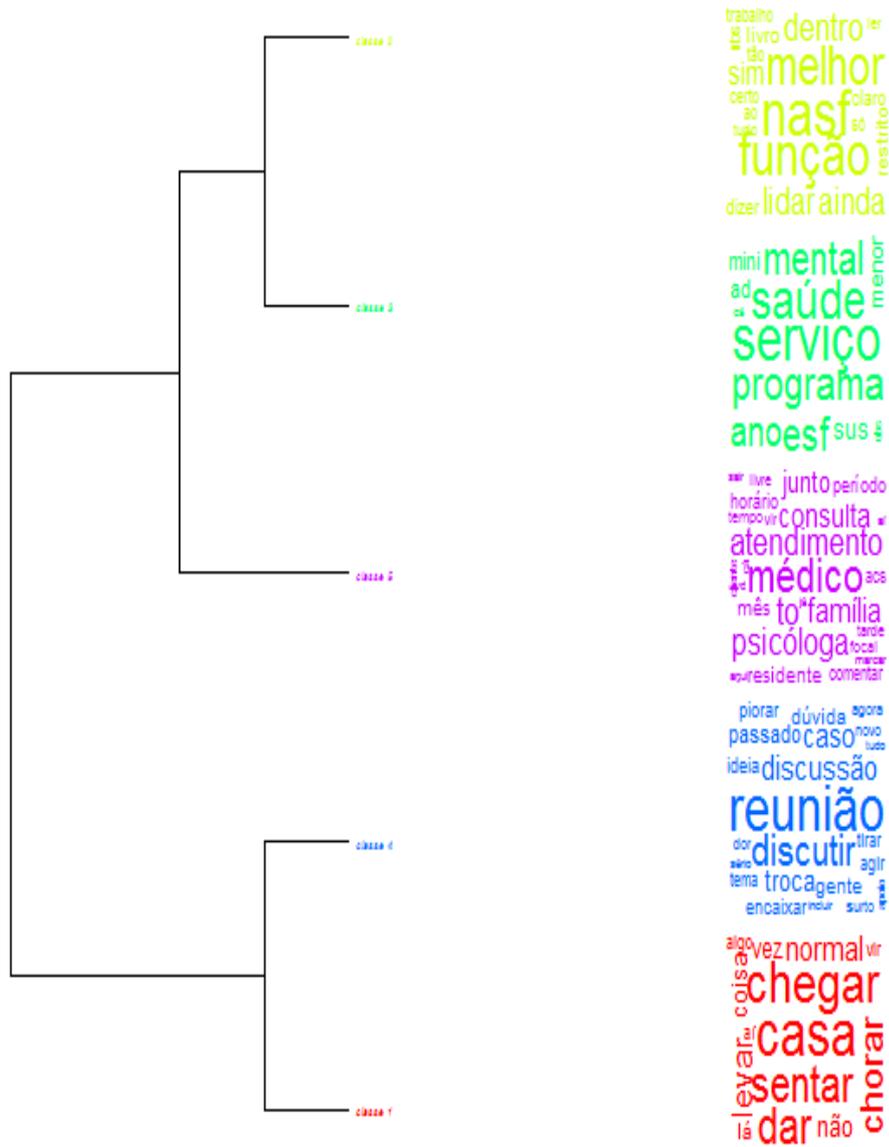
Figura 2 – Dendograma 2 da CHD



Fonte: Dados da pesquisa com o software IRAMUTEQ versão 0,7 alpha 2 (2018).

Abaixo apresentamos outro Dendograma da classificação Hierárquica descendente, indicando a caracterização e os vocábulos mais presentes e pertinentes a cada classe.

Figura 3 – Dendograma 3 da CHD



Fonte: Dados da pesquisa com o software IRAMUTEQ versão 0,7 alpha 2 (2018)

Quadro 01 – Características que mais se destacaram dentro das classes.

<b>CHD</b>	<b>Variáveis</b>	<b>Retenção de ST</b>	<b>Chi<sup>2</sup> &gt;</b>
Classe 1	Sexo fem. Idade acima de 56 anos; nível médio e superior.	17,86%	Casa e problema
Classe 2	Sexo masc. e fem. Idade, 21 a 30, 31 a 40 e 51 a 60 anos. Nível médio e superior.	28%	NASF e função
Classe 3	Sexo masc. e fem. idade de 30 a 39 anos; Escolaridade superior.	15,32%	Serviço e diagnóstico
Classe 4	Sexo fem. Idade 28 a 34 anos; nível médio de escolaridade.	12,44%	Reunião e discutir
Classe 5	Sexo fem. e masc. idade – 20 a 30, 31 a 40, 41 a 50 e 51 a 60 anos; escolaridade – médio e superior.	26,38%	Psiquiatra e médico

Fonte: Dados da pesquisa com o software IRAMUTEQ versão 0,7 alpha 2

1<sup>a</sup>) Acolhimento em saúde mental.

2<sup>a</sup>) Qual é o papel do NASF no apoio matricial?

3<sup>a</sup>) O apoio matricial no estabelecimento do diagnóstico e encaminhamento aos serviços especializados pela atenção primária.

4<sup>a</sup>) Aprendizagem em saúde mental.

5<sup>a</sup>) Atividades de apoio matricial realizadas por profissionais do NASF.

**Classe 1** - Essa classe foi chamada de: acolhimento em saúde mental.

Composta por indivíduos somente sexo feminino (100%), com idade acima de 56 anos, com profissionais de nível médio e superior de escolaridade.

Dentro da classe 1 o percentual obtido referente à contextualização dos vocábulos típicos de cada classe formada pelo total de 155 ST correspondendo a 17,86% do total analisado, com Chi<sup>2</sup> maior para as palavras casa e problema. Ao fazer a leitura do resultado oferecido pelo IRAMUTEQ, percebemos o direcionamento das respostas para as questões de saúde mental, o manejo da equipe no atendimento em saúde mental, com os problemas que surgem na unidade e o manejo da equipe na atuação em saúde mental na casa. A casa é apontada como um local de atenção da equipe e traz como um campo de atuação.

Tabela 01 – Classe 1 – Acolhimento em saúde mental.

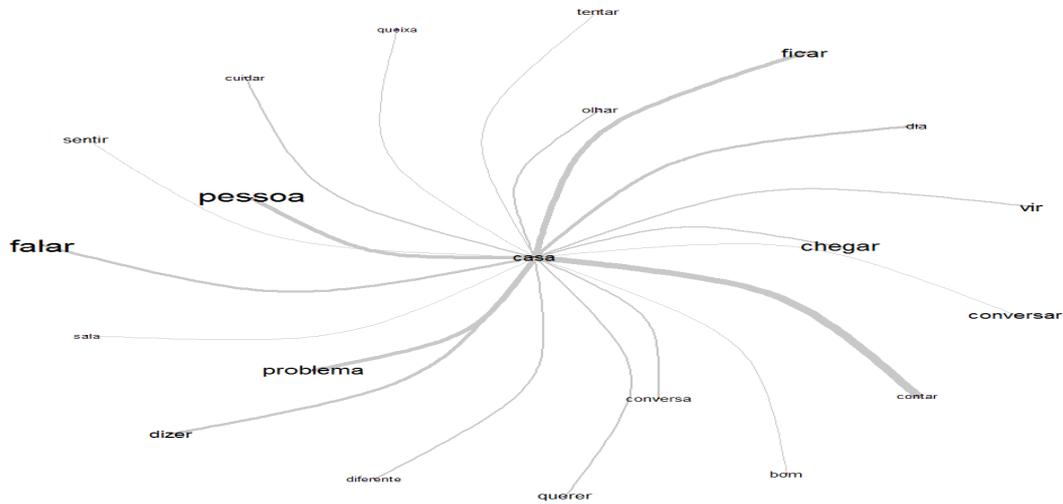
<b>Palavra/Freq.</b>	<b>Porcentagem</b>	<b>Chi<sup>2</sup></b>
<b>Casa/65</b>	62,5	45,14
<b>Problema/74</b>	50,0	40,56
<b>Chegar/84</b>	46,88	39,86
<b>Sentar/34</b>	61,54	34,87
<b>Dar/60</b>	51,16	34,21
<b>Pessoa/201</b>	33,67	33,59
<b>Querer/52</b>	52,94	29,69
<b>Chorar/14</b>	87,5	26,7
<b>Falar/198</b>	32,84	24,24
<b>Sentir/48</b>	47,37	23,59

Fonte: Dados da pesquisa, software IRAMUTEQ, 2018

Para melhor compreensão da ligação e associação das palavras com a classe, apresentamos a figura de ramificação de maior Chi<sup>2</sup> da classe 1.

Classe 1 –  $\chi^2 >$  - Casa e problema

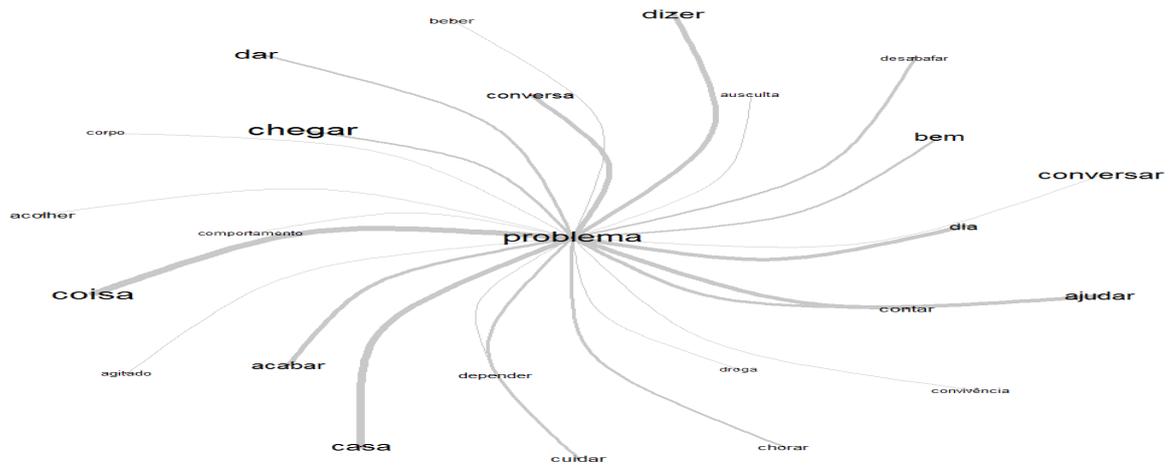
Figura 4 – Ramificação do maior  $\chi^2$  da classe 1



Fonte: Dados da pesquisa com o software IRAMUTEQ versão 0,7 alpha 2

Podemos perceber que o programa apresentou a palavra central casa com maior ligação com a palavra chegar, dificuldade, porque, pessoa, problema, falar, acolhimento. Na leitura dos dados, os relatos apresentados focalizam o ambiente casa como local de atenção em saúde mental, local para ouvir e perceber as necessidades das pessoas em possível sofrimento psíquico.

Figura 5 - Ramificação do maior Chi<sup>2</sup> da classe 1



Fonte: Dados da pesquisa com o software IRAMUTEQ versão 0,7 alpha 2

A palavra central problema, com maior importância de aparecimento na classe e discussão, apresenta forte ligação com o vocábulo casa, acabar, chegar, conversar, ajudar, pessoa, falar, discutir, demonstrando o contexto da fala dos entrevistados em receber as pessoas em sofrimento psíquico e ouvir os problemas trazidos pelas pessoas.

Essa classe pode ser identificada por meio das falas a seguir:

*“...ela chega na recepção geralmente relatando que quer passar com o médico, levantamos a ficha chamamos em uma sala e perguntamos o que está acontecendo e a pessoa fala: eu estou com depressão não estou me sentindo bem” (E11).*

*“...tem mais confiança em vir aqui contar os problemas, chorar, saber o que faz desabafar na própria casa deles, foi bem o que te falei, assim, exatamente como é abordado dentro da sala” (E3).*

**Classe 2** - Essa classe foi chamada de: Qual o papel do NASF no apoio matricial?

A classe 2 foi composta por indivíduos por 66,6% do sexo masculino, com idade na faixa etária de 21 a 30 anos, 31 a 40 anos e 51 a 60 anos. Maior porcentagem de indivíduos com nível superior de escolaridade (66,6%).

Dentro da classe 2 o percentual obtido referente à contextualização dos vocábulos típicos de cada classe formada por um total de 243 ST foi correspondendo a 28%, com Chi<sup>2</sup>





**Classe 3** – Essa classe foi chamada de: o apoio matricial no estabelecimento do diagnóstico e encaminhamentos aos serviços especializados pela atenção primária.

A classe 3 foi composta por indivíduos do sexo masculino e feminino, porcentagem de 66,6% masculino, com idade na faixa etária de 30 a 39 anos. Todos possuem nível superior de escolaridade.

Dentro da classe 3 o percentual obtido referente à contextualização dos vocábulos típicos de cada classe formada por 133 ST correspondendo a 15,32% do total analisado, com  $\text{Chi}^2$  maior para as palavras serviço e diagnóstico. Na leitura dos dados percebemos a discussão sobre o apoio matricial em saúde mental, realizada pelo NASF para atuar na formação de diagnóstico e se determinadas pessoas em sofrimento psíquico deverão permanecer em atendimento na atenção primária ou serão encaminhadas para serviços secundários.

**Tabela 03** - Classe 03 – O apoio matricial no estabelecimento do diagnóstico e encaminhamento aos serviços especializados, pela atenção primária.

<b>Palavra/Freq.</b>	<b>Porcentagem</b>	<b>Chi<sup>2</sup></b>
<b>Serviço/30</b>	72,0	63,72
<b>Diagnóstico/23</b>	82,35	60,05
<b>Saúde/173</b>	36,64	54,04
<b>Programa/9</b>	100,0	44,62
<b>Mental/142</b>	35,9	44,12
<b>ESF/35</b>	61,54	44,12
<b>CMS/12</b>	100,0	39,0
<b>Primário/10</b>	88,89	37,93
<b>Ano/82</b>	45,1	37,02
<b>Trabalhar/93</b>	39,19	35,52

Fonte: Dados da Pesquisa – Software IRAMUTEQ (2018)

Para melhor compreensão da ligação e associação das palavras com a classe, apresentamos a figura de ramificação de maior  $\text{Chi}^2$  da classe 3.



A figura 9 apresenta a ligação do vocábulo diagnóstico, indicando que tem forte ligação com saúde, mental, trabalhar, muito conseguir. O contexto discutido pelos participantes indica que a equipe do NASF em avaliação da pessoa em sofrimento psíquico, na atenção primária, realiza os diagnósticos dos transtornos mentais e encaminham para serviços especializados em saúde mental quando necessário.

Essa classe pode ser identificada por meio das falas a seguir:

*“...não tem um serviço especializado na rede de saúde mental, dependendo da gravidade do caso, o NASF atende aqui mesmo ou é encaminhado ao serviço especializado, sim, não sei não sei dizer” (E8).*

*“...tem encaminhamento, mas acho que é tão pouco encaminhado para o CAPS que antes os clientes eram todos de lá, hoje que tem NASF, no ESF, mas a referência era o CRASMA o CAPS ad e o CAPS” (E5).*

*“...o NASF não é para isso, não é um ambulatoriozinho na atenção primária, então, quem é pra ir, geralmente está muito grave, hoje praticamente a gente encaminha, é muito difícil” (E10).*

**Classe 4** – Essa classe foi chamada de: Aprendizagem em saúde mental.

A classe 4 foi composta por indivíduos somente do sexo feminino, 100%, com idade na faixa etária de 28 a 34 anos. Todos possuem nível médio de escolaridade.

Dentro da classe 4 o percentual obtido referente à contextualização dos vocábulos típicos de cada classe formada por um total de 108 ST correspondendo a 12,44% do total analisado, com Chi<sup>2</sup> maior para as palavras reunião e discutir. A leitura minuciosa dos dados favoreceu a percepção dos aspectos de aprendizagem em saúde mental através de reuniões, discussões de caso, refletir e distinguir os vários tipos de transtornos mentais que chegam à unidade.

**Tabela 04 - Classe 4 – Aprendizagem em saúde mental.**

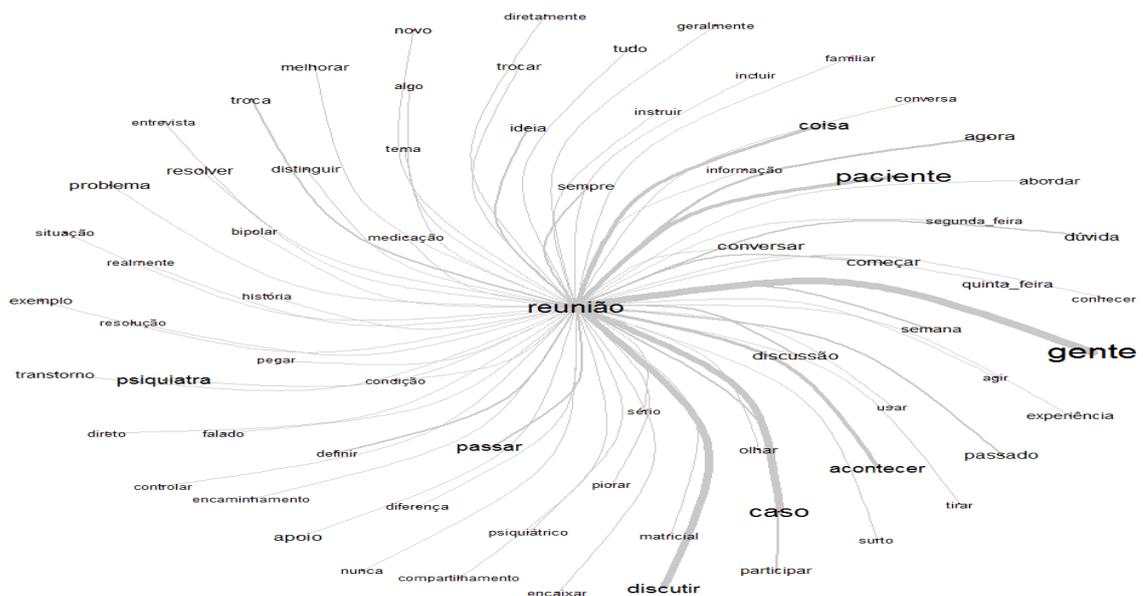
Palavra/Freq.	Porcentagem	Chi <sup>2</sup>
<b>Reunião/57</b>	74,0	184,54
<b>Discutir/37</b>	76,67	117,65
<b>Caso/104</b>	43,59	76,32
<b>Troca/14</b>	84,62	63,1
<b>Passado/24</b>	65,0	51,91
<b>Distinguir/12</b>	88,89	48,78
<b>Gente/344</b>	25,6	43,22
<b>Dúvida/22</b>	54,55	36,73
<b>Encaixar/9</b>	75,0	29,01
<b>Ideia/20</b>	52,63	28,8

Fonte: Dados da Pesquisa – Software IRAMUTEQ (2018)

Para melhor compreensão da ligação e associação das palavras com a classe, apresentamos a figura de ramificação de maior Chi<sup>2</sup> da classe 4.

Classe 4 – Chi<sup>2</sup> > Reunião e discutir

Figura 10 - Ramificação do maior Chi<sup>2</sup> da classe 4.



Fonte: Dados da pesquisa com o software IRAMUTEQ versão 0,7 alpha 2



*“...acho que minha equipe também tem um pouco, mas gostaria de sanar minhas dificuldades nas reuniões, tiramos dúvidas, porém discutimos casos e acaba ficando um pouco a desejar em lidar com essas outras dificuldades” (E4).*

*“...tinha psicólogo e a gente nunca participou diretamente nesses atendimentos; tem a TO também; nunca participei diretamente desses atendimentos só que de segunda, toda segunda-feira à tarde, a gente faz reunião, faz discussão de casos para tirar dúvida” (E3).*

*“...o psiquiatra tem, a gente não tem, então, conversando, discutindo, começamos a olhar as coisas com outros olhos, saber distinguir, sei lá, um paciente bipolar de um paciente em um surto psiquiátrico, sei lá” (E6).*

**Classe 5** - Essa classe foi chamada de: Atividades de apoio matricial realizadas por profissionais do NASF.

A classe 5 foi composta por indivíduos do sexo feminino e masculino, sendo 20% masculino; idade na faixa etária de 20 a 30 anos, 31 a 40 anos, 41 a 50 anos e 51 a 60 anos. Profissionais de nível médio e superior de escolaridade, sendo 20% indivíduos com nível superior.

Dentro dessa classe o percentual obtido referente à contextualização dos vocábulos típicos de cada classe contendo um total de 229 ST correspondendo a 26,38% do total analisado, com  $\chi^2$  maior para as palavras psiquiatra e médico. A leitura minuciosa dos dados trouxe a compreensão das atividades realizadas por profissionais do NASF. Discussão sobre a atenção do psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista nas atividades compartilhadas, consultas em conjunto. Concomitantemente discute-se sobre as atividades de apoio voltadas somente para um grupo de profissionais, permanecendo os demais sem as devidas elucidações.





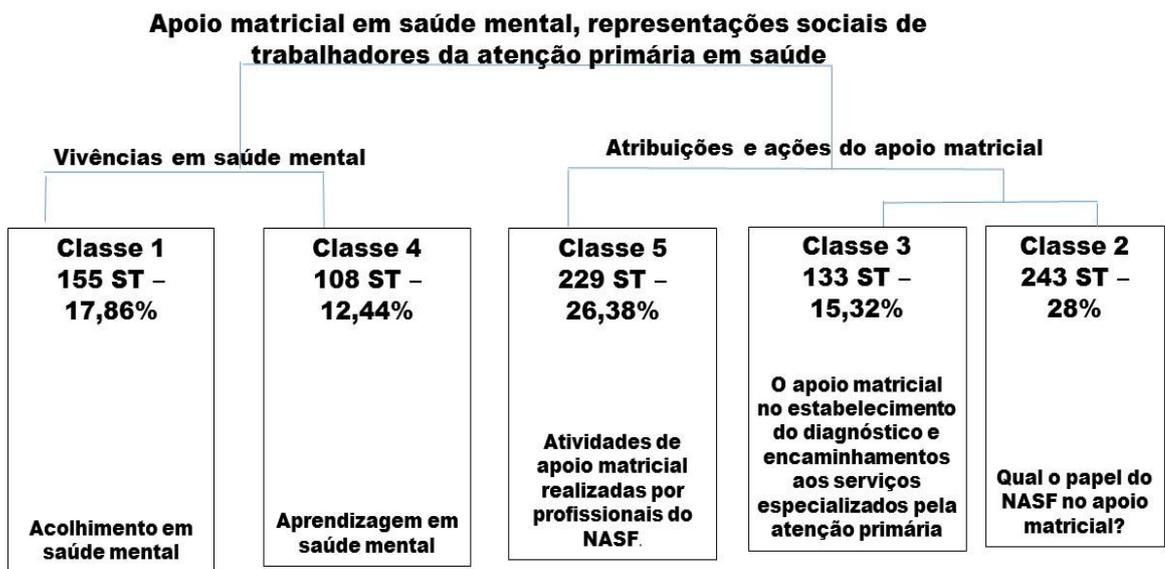
*“...antes era com a psicóloga, só que saiu e estamos somente com o psiquiatra, então, se vai ter atendimento só com o psiquiatra, com TO ou com os 02 juntos isso é o médico que vê” (E3).*

*“...junto com o psiquiatra dentro da sala e com o médico ou com a TO também tem esse atendimento às vezes a enfermeira também participa, o atendimento multidisciplinar para aquele paciente” (E4).*

## 7 DISCUSSÃO

Como vimos, o IRAMUTEQ apresentou o Dendograma com 5 classes a partir de dois temas: vivência em saúde mental e NASF como apoio matricial em saúde mental na atenção primária.

Figura 14 – Dendograma com apresentação das 5 classes



Fonte: Dados da pesquisa com o software IRAMUTEQ versão 0,7 alpha 2

Compreendemos que para a discussão dos resultados da pesquisa a partir do questionamento, representação social dos trabalhadores da atenção primária sobre o apoio matricial em saúde mental, o tema NASF e apoio matricial em saúde mental na atenção primária, apresentando-nos as classes 5, 3 e 2 é o ponto central para a nossa compreensão, no entanto, entendemos que o tema vivências em saúde mental, com a classe 1 e a classe 4 trazem importância para essa compreensão.

As Políticas Públicas, entre elas o próprio SUS, trouxeram muitas modificações e indicativas de mudanças para inclusão do indivíduo com transtorno mental no sistema de atendimento em seu próprio território e não mais necessitar ocupar um leito em hospital especializado. Para tanto, os programas surgidos e ampliação das possibilidades terapêuticas, definiram como uma das prioridades a saúde mental como oitavo item de prioridade no pacto pela saúde e pacto pela vida (BRASIL, 2009). O sistema de acolhimento como parte do projeto terapêutico na atenção básica à saúde favorece um esquema de atenção de início, planejamento e ações frente às necessidades da pessoa, ou seja, a atenção primária é a porta

de entrada, não somente no fluxo de atendimento, mas também na formação do vínculo e manutenção dessa pessoa a ser atendida na unidade e ser deslocada ou encaminhada aos serviços especializados da rede de assistência caso exija a extrema necessidade.

A porta de entrada na assistência, como acolhimento bem realizado, favorece um fluxo contínuo de ações com parte da equipe de referência na unidade realizando o atendimento, percebendo às reais necessidades e favorecendo uma ausculta diferenciada para esse acolhimento ser efetivo e resolutivo. Audição qualificada, nesse sentido, traz o significado de entender realmente o que essa pessoa precisa, quais suas necessidades, o que a unidade possui para resolver seu problema e se o profissional que ali se encontra está preparado para resolver o que chegou.

Para Santos e Souza (2014) os problemas em saúde mental, dizem respeito, principalmente à família, associados aos problemas do cotidiano e as relações familiares em seus conflitos. O sentido de doença mental é produzido a partir de divergentes compreensões e olhares das equipes de ESF e ultrapassa a perspectiva centrada na doença mental permeando todo desenvolvimento do ser humano a partir de sua estrutura e dinâmica familiar (SANTOS e SOUZA, 2014).

Uma das grandes dificuldades apontadas é que parte da equipe possui uma preparação e parte não foi preparada, tanto pela não formação técnica científica, como falta de oportunidade em receber outros tipos de esclarecimentos.

Entendemos que não saber realizar abordagem de uma pessoa em sofrimento psíquico pode ser o desencadeador de manifestações comportamentais de afastamento e medo, tanto das condições da pessoa ou mesmo o medo de não fazer nada certo. Para Jodelet (2005) o processo de modificação do contexto da psiquiatria de internação, hegemônica, ainda existe no imaginário das pessoas. Mesmo com o surgimento de muitas leis, muitas políticas e criação de novos serviços em nível comunitário, as pessoas ainda temem e acreditam, que o indivíduo “estranho”, com comportamentos bizarros são “loucos” que manifestam naturalmente agressividade e não tem condições de viver em sociedade (JODELET, 2005). Comportamentos apresentados pelas pessoas em geral e principalmente por alguns profissionais são manifestações do medo referente a essas pessoas que são diferentes e também medo de se tornarem iguais e serem excluídos da sociedade, assim, a manifestação comportamental é de afastamento, isolamento, limitação no atendimento e encaminhamento

para outros profissionais para lidarem melhor com aquela situação, tanto pelo pensamento de não saber o que fazer como pelo possível pensamento de não querer fazer.

Entendemos que o próprio medo seria uma barreira para a realização do processo de acolhimento de maneira adequada e satisfatória para a construção dos direitos de integralidade em seu atendimento em seu próprio território e a confirmação da atenção primária, a ESF como responsável pela promoção do vínculo e iniciar o processo educativo da promoção à saúde.

O fluxo de atendimento apresentado na unidade, local da pesquisa, inicia-se na recepção, com qualquer profissional, ouvindo a queixa; passa pela triagem com a enfermeira e se necessário, será encaminhado para o atendimento com o médico da família e mediante sua avaliação inicial, encaminhará, ou não para uma avaliação em conjunto com a equipe responsável pelo apoio matricial na unidade, o NASF. Essa manifestação de inter-relação entre todos os profissionais da unidade, uma permutação de saberes, conhecimentos e manifestações tornam-se claras e necessária para o desenvolvimento de tecnologias de atendimento. Oliveira (2014) esclarece que esse contexto interdisciplinar de todos os profissionais possibilita olhares e discussões mais amplas, entendendo que em todo grupo, não existira somente o conhecimento científico de cada profissão, existirá também o aglomeramento de pensares sociais, culturais, crenças específicas de cada indivíduo e outras crenças que se formaram em conjunto no dia a dia para favorecer o atendimento à saúde.

Pensar nessa caracterização de atuação profissional, Oliveira (2014), compreende que os trabalhadores da saúde, manifestam uma particularidade em suas representações sociais que são bem típicas e caracterizadoras de uma especificidade rotineira que o apresenta e mantém um contexto híbrido, ele é nesse momento o profissional com a formação técnica, no entanto, manifesta também sua formação de senso-comum vivenciada e reapresentada continuamente na sua história coletiva, entendendo também que nesse momento, uma amplitude de reapresentações fazem-se presente, sua representação social híbrida e a representação social do indivíduo que busca a cura para seu adoecimento (OLIVEIRA, 2014).

O acolhimento na unidade nesse momento torna-se um encontro de múltiplas representações. Muitas vezes algum profissional da equipe acolhe a pessoa na unidade e manifesta medo pelas possíveis características do paciente que aparecerão nesse momento e tal medo está ancorado na história antiga ou contemporânea da psiquiatria; assim como o indivíduo adoecido pode apresentar, representar e revelar um comportamento de esQUIVA pelo

possível motivo de sempre ter sido rejeitado pela família e todos que estão próximos, ou mesmo pode ter adquirido o “peso” do histórico da psiquiatria, em seu adoecimento (BRANDALISE e SILVA, 2008). Cruzamento de ideias e manifestações de comportamentos referentes a essas crenças circulam e retroalimentam diálogos, pensamentos e formações de imagens. Moscovici (2007) esclarece que o momento de tornar algo tão subjetivo em concreto, momento que a pessoa consegue nomear determinado objeto, é o processo de objetivação. Utilizar recursos internos formados no decorrer de sua história de vida, quando reapresenta no seu dia a dia todas as informações e diálogos mantidos na construção de seu conhecimento do senso comum, é o processo de ancoragem.

Identificamos que 60% dos profissionais dessa classe desenvolvem a atividade de atendimento na casa das pessoas do território como uma atividade primordial na unidade, modalidade organizadora e facilitadora do bom funcionamento da ESF.

O atendimento na casa é uma proposta evolutiva na assistência à saúde da população com um vínculo mais intenso entre família e a ESF trazendo um significado de olhar holístico para a saúde física, mental, social e espiritual, pois, é um momento de conhecer não somente a doença do indivíduo, mas também sua família, suas condições de moradia, todos os recursos existentes de alimentação, educação e lazer. De acordo com Moraes e Santos (2011) o atendimento em casa possibilita a equipe de referência conhecer seu território, conhecer toda característica presente nessa região, nos bairros e considerando a reforma sanitária e reforma psiquiátrica de inclusão terapêutica comunitária, e onde se encontra cada pessoa em sofrimento psíquico nesse bairro, a situação de possibilidades de assistência nesse território, e o quanto a família está pronta para auxiliar no processo de tratamento e recuperação. Os autores ainda apontam que muito mais importante que os procedimentos técnicos nesse momento, é ter a possibilidade de uma visão ampliada do processo saúde e doença e perceber manifestações ocultas de dor e sofrimento psíquico e subjetividades com conteúdo importante que esse indivíduo não consegue compartilhar.

Frente a essa descrição e entendimento da importância dessa prática compreendemos o que foi apresentado pelos indivíduos. Os participantes entendem que uma excelente ausculta e que ao entrar na residência, consigam enxergar o que não está apresentado, porém, é o que o mantém, muitas vezes na amplitude do sofrimento. Um dos objetivos do atendimento em casa que é apresentar à percepção do profissional características além do problema físico,

conseguir enxergar muitas vezes as causas de uma hipertensão descontrolada, de uma dor de cabeça que não cessa com uso de medicamentos.

A esse contexto do acolhimento, atendimento em saúde mental, a aprendizagem em saúde mental é o segundo aspecto dessa conjuntura que acreditamos ser importante para melhor compreensão do questionamento apoio matricial em saúde mental.

Quando exprimimos saúde mental na atenção primária, evidenciamos as diretrizes e políticas do SUS para que a atenção primária seja a porta de entrada do sistema e o território seja efetivo e adequado para que as pessoas não se afastem de seu bairro para receber assistência, no entanto, em se tratamento de saúde mental na atenção básica, parece haver um conjunto de obstáculos que dificultam essa relação (SANTOS e SOUZA, 2014). A falta de diretrizes, a falta de preparo técnico do profissional fazem com que a demanda de saúde mental não encontre uma escuta qualificada e muitas vezes tratada apenas com medicação. Diante dessa constatação, escolas e faculdades devem fornecer preparo adequado para que os profissionais se preparem adequadamente e assumam a postura de porta de entrada consentânea e efetiva para atuação em saúde mental, da mesma maneira que as práticas de discussões interdisciplinares seja o método cotidiano de aprendizagem (SANTOS e SOUZA, 2014).

Através da análise de todas as palavras apresentadas pelo programa IRAMUTEQ que definiu o contexto de aprendizagem em saúde mental, apresentando palavras com caracterização que se relaciona com questões de aprendizagem, discussão para passagens de casos, compartilhar e comunicar conhecimento, entendemos que existe um pensamento e discussão sobre essa vivência em saúde mental no processo de aprender o significado dessa temática, aprender as necessidades do indivíduo em sofrimento psíquico, sobre transtornos mentais.

A apresentação de uma classe com dados sobre reunião e compartilhamento como mais frequentes, sugere-nos a troca de conhecimento como ideia central. Através da análise dos dados e também a vivência no momento da entrevista, percebemos a necessidade de receber instrução, esclarecimentos, discutir os casos, os problemas e receber conhecimento necessário para melhor atender esses pacientes que se apresentam em crise, depressivos ou com outros transtornos.

Entendemos que essa temática, aprendizagem em saúde mental traz apontamentos sobre o desconforto de estar com um paciente, desenvolver um atendimento e não saber lidar com a situação, não saber fazer algo para aliviar o sofrimento, não conseguir distinguir manifestações sintomáticas para facilitar a passagem de casos para a equipe.

Mencionam que existem dois dias dedicados para discutir as questões, segunda-feira, para todos os membros da equipe de referência, conversando sobre os casos identificados e trazidos das visitas domiciliares e acolhimentos no decorrer da semana e quinta-feira, momento de discussão e atendimento de casos por alguns membros da equipe de referência e equipe do NASF.

A emergência da Política Nacional de Educação Permanente pretende promover transformações nas práticas de trabalho, com base em reflexões críticas propondo o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, através da intersecção entre o aprender e o ensinar na realidade dos serviços (BRASIL, 2010).

Na prática de rotina dos profissionais da ESF a aprendizagem científica a partir da reflexão da prática profissional como método ensino-aprendizagem, sobrevém em todos os atendimentos realizados na presença de profissionais, pacientes e familiares. Considerando a proposta de efetivação da aprendizagem, esta faz o movimento de coadjuvação com a educação permanente e através de suas dimensões assistencial e técnico pedagógica, a equipe recebe instrução da prática à saúde, ou seja, existe uma potência maior para mudanças nessa prática (CHIAVERINI, 2011).

Esse movimento transdisciplinar entre equipe de referência e outros profissionais possibilita uma abertura para o diálogo do vivido, facultando múltiplas possibilidades de reorganização de técnicas, reorientação de condutas, revisão de papéis e principalmente a construção de projetos terapêuticos e nesse enquadramento o paciente é visto como um ser individual, com particularidades e subjetividades não vivenciadas em momentos de intervenções tradicionais (BALLARIN, BLANES e FERIGATO, 2012).

O cenário apresentado pelos participantes, identificado nos dados colhidos, denota uma diferença entre a realidade vivida por eles e a encontrada no estudo de Ballarin, Blanes e Ferigato (2012). Uma representação social apresentada pelos autores é que o apoio matricial é um espaço de ensino–aprendizagem, uma dimensão pedagógica, que favorece o processo de crescimento e transformação. Entendemos que a não possibilidade do encontro de todos os

profissionais em espaços comuns para construção de projetos terapêuticos, reflexão da prática e busca de novos conhecimentos afetará na construção efetiva dos cuidados, com olhar interprofissional de todos os profissionais que ali se encontram e também trará uma abordagem fragmentada e pouco potente do apoio matricial na atenção às necessidades da pessoa em sofrimento psíquico.

Nessa tipificação da saúde mental através desse tema, vivências em saúde mental, apreendemos que essa equipe de ESF tem muitas dificuldades nesse âmbito, acolhimento e aprendizagem em saúde mental, já que nem todos os trabalhadores que atuam estão engajados nesse processo de aprendizagem e preparação. A seguir, apresentamos uma discussão dos aspectos do segundo tema, Atribuições e ações do apoio matricial.

Podemos perceber três conteúdos que foram apresentados pelos participantes: qual o papel do NASF no apoio matricial; o apoio matricial no estabelecimento do diagnóstico e encaminhamentos aos serviços especializados pela atenção primária; atividades de apoio matricial realizadas por profissionais do NASF.

Quando salientamos as atividades de apoio matricial realizadas por profissionais do NASF, é importante compreender que o NASF organizará o seu processo de trabalho com foco nos territórios de sua responsabilidade, conjuntamente com as equipes de saúde da família que a eles se vinculam (BRASIL, 2010). Mediante isso, priorizam:

- Ações clínicas compartilhadas para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiências para todos os profissionais envolvidos, nessas circunstâncias realizam o projeto terapêutico singular, orientações, consultas/atendimentos em conjunto, apoio por telefone, e-mail, etc;
- Intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários e/ou família com negociação a priori com profissionais da saúde da família responsáveis pelo caso, de forma que o atendimento individual dessa equipe aconteça em situação extremamente necessárias e mesmo assim, manterão contato com a equipe de referência;
- ações compartilhadas nos territórios de sua responsabilidade desenvolvidas de forma articuladas com a equipe de saúde da família. Desenvolverão também projetos de saúde no território, planejamentos, reuniões, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos como escolas, creches, igrejas, pastorais, etc. (BRASIL, 2010).

Ainda notabilizando as atividades desenvolvidas pelos membros da equipe do NASF, existem atividades comuns que mantêm a equipe ligada a todos os trabalhadores da unidade, assim, como pessoas em busca de atendimento, família, membros da comunidade, conselhos de saúde. Identificam práticas a serem adotadas nas áreas cobertas, identificar, juntamente com toda a equipe de saúde da família o público prioritário para cada ação, acolher os usuários e humanizar a atenção; promover a gestão integrada e a participação dos usuários na decisão elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades por meio de cartazes, jornais, informativos; avaliar em conjunto com toda a equipe o desenvolvimento das ações e impacto sobre a situação da saúde; elaborar os projetos terapêuticos por meio de discussões periódicas com todos os membros da ESF, realizando ações multiprofissionais e responsabilidade compartilhada (BRASIL, 2010).

Compartilhar é um momento de trocar informações, resolver todas as problemáticas trazidas pela equipe e definir ações de permanência na unidade ou encaminhamentos para outros serviços. O compartilhamento dentro do contexto da consulta em conjunto não é uma atividade recente e sim muito utilizada para elucidar casos mais complexos na presença de profissionais e trazer diagnósticos para delinear a terapêutica específica (MELLO FILHO e SILVEIRA, 2005).

Concluimos que todos os profissionais no apoio matricial desenvolvem a atividade de compartilhamento no atendimento, porém, focalizam somente os profissionais de formação superior e quase exclusivamente com o médico. Tal situação está de acordo com a pesquisa de Gondim et al (2014) que aponta que o apoio matricial é um atendimento vinculado à consulta médica e descaracteriza toda a proposta de inovação. Apesar das propostas apresentadas pelo Ministério da Saúde (2009) da alteração de uma visão hegemônica de atendimento médico, transformações dos paradigmas e exercício de horizontalidade nas relações de conhecimento que se completam, percebemos que persistem as relações de poder do conhecimento e da hierarquia profissional socialmente construída na equipe e nas instituições.

A dependência que o NASF tem da presença imprescindível do médico para o exercício de suas atividades é claramente identificada nas falas da maioria dos participantes. Fica explícita a descaracterização dos demais membros da equipe confirmando que o saber médico garante, tradicionalmente, legitimidade para exercer o domínio sobre as decisões e desenvolvimentos das atividades a serem exercidas na unidade, assim, continua exercendo o controle sobre os demais membros da equipe e usuários (COSTA e MARTINS, 2011).

De acordo com Aranha et al (2015) esse domínio do poder e saber médico presente nos serviços de saúde resulta de uma complexa e engenhosa construção social, que ao longo do tempo foi se cristalizando no imaginário social, com o poder do médico sobre a vida e a morte das pessoas. Para Costa e Martins (2011) tal situação reflete-se nas relações profissionais e usuários comprometendo a autonomia das propostas terapêuticas e assistência de todos os profissionais envolvidos. Nesse sentido o usuário do serviço busca atendimento na unidade esperando uma resolução do médico, evitando assistência dos demais membros da equipe e desejando respostas e soluções desse profissional (COSTA e MARTINS, 2011).

Compreendemos que a crença desenvolvida pelos funcionários no dia a dia relaciona-se com o NASF ser oportunizado somente para médico ou também para a enfermeira, assim como o psiquiatra, o profissional da saúde mental responsável pela ação técnica-educativa, portanto, os profissionais de nível superior, nesse caso, o médico, mantém a concentração do poder do diagnóstico e da intervenção terapêutica e autoridade técnico-científica. Essa construção de autoridade pode ser percebida tanto de maneira objetiva, através de falas de que o NASF não funciona sem o médico, como construções subjetivas, de que o NASF é muito importante na unidade, para todos, no entanto, está de maneira distinta e um tanto oculto.

Algumas indagações são tratadas quando se refere ao número de pessoas das duas equipes perpetrando a ação do NASF no contexto de uma consulta ou outro momento de intervenção com a presença de um paciente e familiar. A possibilidade pode ser de uma equipe mínima, ou seja, um matriciador e um matriciado. De acordo com Mello Filho e Silveira (2005), essa conduta pode transcorrer com o médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista, ACS e não somente com um profissional centralizado, ponderando a ação necessária no momento, por exemplo, o encaminhamento para o atendimento do NASF com a finalidade de reavaliar o uso de algum psicotrópico, concernindo, nesse caso, à avaliação do médico da família.

Um ponto importante de remodelação da situação apresentada e solicitada pelos próprios profissionais da unidade é que todos os membros da equipe estejam em contato com o NASF e que todas as atividades exercidas por esses profissionais se estendam para todos os membros da equipe da família. É através da inserção de todas as modalidades técnicas de projetos terapêuticos e planejamentos educativos dos profissionais do NASF na unidade com construção da resolubilidade tornar-se-ão uma realidade, no entanto, sensações de vácuos, de incompletude por parte da equipe pode ser indício de um hiato na estratégia. As atividades

estão vinculadas ao médico da família e fora a esse contexto, a equipe do NASF não desenvolve outras atividades, conforme as propostas de atribuições permeadas pelas ações e prerrogativas das políticas de ampliação do direito à integralidade, elaborações de propostas terapêuticas, atuações à intersetorialidade e processo educativo para toda a equipe.

Um conteúdo trazido como formação de uma classe também está de acordo com essa discussão, que é o próprio questionamento sobre o papel do NASF no apoio matricial. Como citado anteriormente os indivíduos apresentaram maior porcentagem no Chi<sup>2</sup> na palavra NASF, maior frequência e trazem questionamentos sobre o papel desse grupo e o entendimento da função para fazer com que os profissionais entendam, ampliem, atendam, saibam lidar com as dificuldades surgidas. Existe um determinado desejo específico para alguns participantes em como gostariam que o NASF realizasse algumas atividades, declaram que deve dar assistência direta, como por exemplo, fazer psicoterapia com os funcionários.

Percebemos uma caracterização maior do desejo em saber exatamente a função, definir, para o dever de atendimento na unidade. A primeira observação que fizemos foi entender que para este grupo, a referência de apoio matricial está na presença do NASF e a própria atividade em si acontece em um dia específico com agendamento de uma consulta médica para a consulta em conjunto.

O funcionamento da rotina do serviço para todas as atividades ocorre de acordo com os agendamentos realizados e aos acolhimentos de plantões na unidade, para casos que repentinamente chegam à unidade e a equipe movimenta-se para resolver o problema. Se for alguém em contexto de crise, a enfermeira realiza o atendimento e pode resolver nesse momento através de uma conversa terapêutica e não ser necessário agendar consulta médica, ou adentrar na agenda médica nesse mesmo momento. Casos mais graves são encaminhados para o médico da família e posteriormente agendado para a quinta-feira, para o atendimento em conjunto com o psiquiatra.

No momento da entrevista, pode ser percebido que os participantes dividem o apoio matricial na unidade em dois momentos: primeiro momento, quando o NASF iniciou as atividades na unidade e manteve um contato de conflitos e muitas dúvidas com a equipe de referência; segundo momento, apresentação das circunstâncias atuais de boas relações e compreensão mais ampla da função do NASF, no entanto, ainda com presença de questionamentos. Dúvidas que surgiram: para que serve esse grupo? Qual o papel? Mediante

ao conhecimento tão pouco controlado, acreditavam que a equipe deveria atender os pacientes, e não compreendiam às vezes porque os profissionais chegavam à unidade e não faziam nada, não tinham nenhum tipo de intervenção.

As declarações apresentadas pelos participantes da pesquisa denotam as dificuldades surgidas desde a implantação do sistema de apoio aos atendimentos, principalmente na atenção primária, no intuito de modificar o campo de atuação dos profissionais e a organização hierárquica existente nas unidades como a referência e contrarreferência, propostas de trabalho existentes desde a reorganização no sistema de saúde pública brasileiro com ampliação das unidades básicas e ampliação da necessidade da educação continuada e permanente para o fortalecimento profissional e ampliação de possibilidades mais adequadas vinculadas à ideia da expressão mais ampliada do exercício de promoção à saúde.

A criação do NASF a partir de 2008 com o objetivo de atuar juntamente com a equipe de referência das unidades com ESF, propositou estar junto em todos os aspectos para superar as limitações impostas pela organização tradicional e ampliar as possibilidades de integração. Tal modelo tradicional especifica as especializações e o atendimento diretivo para outros serviços especializados quando faltam parâmetros para o atendimento participativo e resolutivo (BARROS, FITTIPALDI e ROMANO, 2015).

As ações do apoio matricial estão pautadas exatamente nas diretrizes da própria atenção básica e do apoio matricial e aludi às ações interdisciplinares e interssetoriais, educação permanente, educação popular, promoção à saúde, humanização, integralidade, participação social e territorialização. É nessa circunstância que pensar apoio matricial é pensar no movimento que todas as reformas fizeram, seja sanitária, seja psiquiátrica para tornar a presença do indivíduo em sofrimento psíquico, o mais natural possível, fazendo parte de seu contexto de território, de direitos de atendimento e direitos de pensar e viver suas escolhas.

As maiores dificuldades apresentadas pelos matriciandos está em superar a falta de efetividade das ações interdisciplinares, a sobrecarga de trabalho, a alta rotatividade de profissionais, formação insatisfatória e barreiras de integração entre a equipe de referência e equipe do apoio matricial (RIVERA e SOUZA, 2010).

Entendemos que os trabalhadores da unidade discutem, conversam sobre essa modalidade que é muito nova em sua conjuntura histórica de trabalhador da atenção primária,

considerando essa atividade como algo bom para a unidade, esclarecendo que é uma das únicas unidades onde funciona adequadamente o apoio matricial. As informações declaradas pelos entrevistados, constituíam suas opiniões tanto na ideia positiva sobre o que os profissionais devem fazer ali, como apresentadas, assim como ideias contraditórias, percebidas e mesmo manifestadas como algo que pode atrapalhar.

A classe 3, o apoio matricial no estabelecimento do diagnóstico e encaminhamentos aos serviços especializados pela atenção primária, traz também a discussão sobre a equipe do NASF.

Através da análise de todas as palavras apresentadas pelo programa IRAMUTEQ, apresentando palavras com caracterização que se relaciona com questões de diagnosticar, encaminhar, especialização, programa, rede, discussão sobre transtornos mentais, competência; descreve também instrumentos para diagnósticos, entendemos que o pensamento apresentado nessa classe denota a vivência dos profissionais do NASF na atuação para auxiliar a unidade básica a atender todos os moradores do território. Após os atendimentos pelas equipes na unidade, se for identificado que não existe possibilidade de continuar recebendo as terapêuticas propostas, serão encaminhados para o serviço especializado. (RIVERA e SOUZA, 2010).

É possível assimilar a ideia da sensação de satisfação a partir da subsistência da unidade na resolução dos casos. Necessário também depreender a solidez dessa estrutura quando toda Rede de Atenção Psicossocial funciona de maneira efetiva e construtiva, com cada segmento dessa rede em cabal função. Entendemos que a ESF como porta de entrada e primeira parcela vigente da atenção à saúde integral, estabeleça compromissos de organizar esse sistema, cuidando para que o paciente em seu território ao ser atendido pelo serviço secundário, como o CAPS ou recebido em situação de emergência nas unidades de pronto atendimento, prontifique-se a ordenar ações em conjunto e posteriormente recebê-lo em sua unidade.

Afirma a função do NASF em auxiliar a ESF a se tornar o ponto de modificação de saúde no Brasil, a ampliar a integralidade para todos os indivíduos com algum sofrimento psíquico. Nessa conjuntura, é importante frisar que quanto maior for a experiência da equipe matriciadora na atenção primária ou quanto maior sua disposição em compreender a saúde mental em contexto diferente da formação, maior será a sua capacidade de gerar mudanças

efetivamente positivas e perceptivas em suas equipes matriciadas (CHIAVERINI, 2011). A inserção de um conteúdo sobre esse conjunto de fenômeno, integralidade, efetividade e equidade permitem uma troca de diálogo entre modelo de hierarquização e novos modelos de compartilhamento de atenção e reorganização do serviço (PAIM, 2006).

O princípio de reorganização das práticas de saúde pleiteia uma transformação necessária para que todos os atores, família e profissionais desempenhem e construam novos olhares frente a construção de um serviço efetivo e integral. Otimiza-se a intervenção sobre o problema de saúde, identificando danos, vulnerabilidades e determinantes, ênfase em problemas que requerem uma atenção e acompanhamento contínuo, descrever como fator básico na unidade de atenção os fatores epidemiológicos de riscos, com olhares mais efetivos e identificatórios de toda a população do território, aplicar de maneira controlada e educativa ações promocionais, preventivas e curativas para a saúde das pessoas que se aproximam da unidade de atendimento e para todas as pessoas que não estão no domicílio e não conseguem locomover-se para a unidade de atenção à saúde e intervenções sob aspectos de operações (PAIM, 2006).

O aspecto da operação ressaltado, é a própria força operacional que a modificação e reorganização do sistema de atendimento projeta para a integralidade, efetividade e equidade para toda essa população. É necessário intervir com os saberes epidemiológicos para apropriação de tudo o que acontece em seu território e através de oficinas de territorialização, geografia crítica do planejamento e programação local de saúde para alcançar essa objetividade (PAIM 2006).

É importante citar dois pontos que caracterizam o olhar dos entrevistados frente à complexidade da vivência do campo de saúde mental no território e na unidade de saúde, a busca incessante para modificar o sistema de saúde de forma integrada por setores que têm trabalhado repetidamente de forma dicotomizada e o novo olhar sobre a saúde levando em conta os múltiplos fatores envolvidos na gênese, no desenvolvimento e na perpetuação dos problemas.

O sistema de atendimento foi um contínuo mecanismo de repetição de encaminhamento de pacientes com transtornos mentais para internação, pelo simples motivo de falta de preparo da equipe de saúde primária para olhar e sentir-se apropriado pela melhora da saúde mental do indivíduo de seu território; falta tecnologias de atenção para a equipe de

saúde enfrentar e romper com esse mecanismo de perpetuação do problema, ou seja, ou continua reencaminhando para hospitalizações especializadas, quando existe ainda a possibilidade, ou encaminha de maneira prescindível para os CAPS, sobrecarregando a atenção secundária com casos despropositados.

A porta de entrada do SUS, é todo manejo de Políticas Públicas de saúde, ênfase dada pela criação do ESF como reorganizador do sistema e pelo surgimento do apoio matricial, que acentua a desconstrução de um modelo de repetição e oportuniza a ESF construir todas as possibilidades possíveis de atenção integral e equitativa.

OS entrevistados apresentam o quanto a equipe do NASF foi importante para que os profissionais modificassem os pontos de vista e a partir dessa perspectiva, transmutar o modelo de atenção em saúde mental, do tradicional pouco resolutivo para um programa de atenção determinante e formador de vínculos.

O apoio matricial circunscreve ações de suporte assistencial e técnico-pedagógico. É considerada a necessidade de remodelação dos atendimentos em saúde mental, o apoio matricial, nesse caso, prepara a equipe da família no recebimento de maneira mais adequada os casos que adentrarem na unidade; essa assistência propala a ampliação da competência da equipe, assim como ajudar a própria população na promoção à saúde (REIS e ROTTILI, 2016).

É importante elucidar, mediante a discussão realizada pelos autores que essa ação e proposta da equipe do NASF a partir desses dois suportes, assistencial e técnico-pedagógico evidencia o próprio desejo dos gestores do SUS em romper com a fragmentação do conhecimento aplicado na melhoria à saúde. Estar fragmentado, no sentido de múltiplos profissionais, com seus objetivos e pontos de vista gerenciando o cuidado pode ser abalizador das múltiplas possibilidades, quando não existe troca das dúvidas e limitações do próprio sistema. Pensar a reorganização da assistência é entender que o fragmentado não é resolutivo, dessa maneira, a transdisciplinaridade, o agrupamento de conhecimento com um fim único, romper com a impossibilidade das trocas de opiniões, existentes nos modelos tradicionais de atenção e voltar-se para a viabilidade de ações técnico-pedagógicas, como desenvolvidas pelo apoio matricial e reapresentar para a população um serviço competente e de contingências de direito populacional, a integralidade e universalidade (REIS e ROTTILI, 2016; CHIAVERINI, 2011).

Evocando o que Oliveira (2014) esclareceu sobre a transdisciplinaridade, é um contexto compreensível da formação das representações sociais. Nesse ápice de edificação de novas ideias os constructos das vivências são favoráveis pelas discussões e transferências de todo conteúdo assimilado. É nessa caracterização de formar novos conhecimentos com novos significados que partem das histórias vividas e ambientadas de cada um. Na unidade de saúde, equipes se encontram, múltiplos profissionais apresentam-se para a resolução de problemas que surgem e cada profissional apresenta suas histórias pessoais e suas histórias acadêmicas, múltiplas representações se cruzam, se agrupam e essa formação híbrida das representações sociais, ancoradas por seus conceitos históricos, culturais aperfeiçoa cada vez mais a atuação em saúde mental (OLIVEIRA, 2014).

Entendemos que o transcurso da formação de competência na ESF para a saúde mental é dinâmico e contínuo, não se esgotando com a aquisição do conhecimento básico de formação, são necessárias a intervenção do serviço de apoio matricial e a eficiência da organização da rede de assistência.

Existem preocupações sobre o diagnóstico e se a unidade apresenta a característica de sobrevalorizar ou aumentar o número de casos de pessoas com transtorno mental, e se seriam falsos transtornos mentais. Entendemos que todo movimento de reforma do sistema psiquiátrico, o acréscimo do pacto pela saúde com valorização das ações de saúde mental na atenção primária, todo esse novo sistema não pode ser visto simplesmente como desospitalização ou esvaziamento dos leitos psiquiátricos e sim uma ação objetiva de necessidade de mudança da lógica psiquiátrica (RIVERA e SOUZA, 2010). Esse raciocínio de atuação psiquiátrica mobiliza o indivíduo em sofrimento psíquico dentro da convivência comunitária, no entanto, as estratégias de atuação focalizam expectativas manicomial, como atender uma pessoa na ESF, diagnosticar como não adequado para vincular-se ali e encaminhá-lo para o CAPS, pois determinado perfil sintomático inapropria a permanência e a constância dos atendimentos em seu território (RIVERA e SOUZA, 2010).

Diante da discussão até aqui realizada, corrobora a percepção que essa unidade de ESF expressa e vivencia NASF e apoio matricial como algo único e pariforme, tendo essa equipe de apoio tanto ser potencializada como modelo de apoio especializado de cuidados individuais ou coletivos, aliados às ações técnico-pedagógicas aquinhoadas à equipe de referência, assim como potencializar a própria equipe da ESF na resolução de todos os casos, fortalecendo a atribuição de regulação para a atenção especializada. Nessa circunstância, o

apoio matricial é apresentado, através do NASF como um grupo reduzido, com poucos profissionais para a realização do suporte técnico aos casos de saúde mental, assim como, não interagem com todos os membros da equipe de referência, apoiando somente poucos membros dessa equipe.

Aduzem muitas dúvidas quanto ao papel do NASF e como é realizado exatamente esse apoio matricial, já que os compartilhamentos são realizados em portas fechadas. Esclarecem que sabem que existe uma consulta ou outros atendimentos compartilhados, porém, não sabem definir exatamente para que serve esse apoio.

Mediante a esses apontamentos, trazemos algumas questões necessárias para a discussão frente ao apresentado pelos participantes da pesquisa. Primeiramente sobre a associação apoio matricial e NASF. A equipe faz a associação mediante ao processo de institucionalização – o apoio matricial virou institucional e deixou de ser uma estratégia, para essa unidade. Ficou institucionalizado que apoio matricial é feito pelo NASF. De acordo com Baracho e Fioroni (2012) o apoio matricial pode tornar-se institucional em uma unidade, principalmente se a equipe estiver muito fragmentada e fortemente voltada para a manutenção do modelo biomédico, dessa maneira as inovações serão frágeis e da função de ferramenta para um novo olhar propício para as mudanças, mantém a caracterização do cuidar da doença e não do sujeito.

Nesse mesmo sentido, a institucionalização pode ser para um profissional. Entendemos que essa acepção podemos perceber na figura do profissional médico, principalmente no psiquiatra. As inovações apresentam um olhar transdisciplinar, todos os profissionais responsáveis para elaboração de um novo cuidado, todavia, o médico ainda é responsável para o direcionamento e elaboração de todos os cuidados, principalmente o médico psiquiatra, que é o profissional institucionalizado dentro do NASF. Compreendemos essa situação em todas as atividades exercidas pelos trabalhadores na rotina da semana. Todas as atividades são exercidas para que cheguem até o médico, seja o acolhimento, seja a visita domiciliar, seja agendamento para o atendimento pela equipe do NASF, o médico direcionará as terapêuticas necessárias. Dessa maneira, entendemos que a circunstância do apoio matricial institucional pode se tornar um rompimento com os objetivos dessa estratégia na política pública, como inovadora e transformadora dos paradigmas tradicionais.

Essa conjuntura apresentada, a permanência da hegemonia médica, ao nosso ver é uma problematização do apoio matricial como um conjunto de especialidades que fragmenta cada vez mais uma equipe que teria que ser coesa e construtiva, conquanto, favorece uma assistência à saúde contingente e segregada. Entendemos que o sentido de um novo olhar e acréscimo de múltiplos profissionais no espaço de atenção seria ter um olhar compartilhado e interprofissional, com construção de práticas colaborativas e todos se co responsabilizarem pelo projeto terapêutico, pela integralidade do cuidado, concebendo que o atendimento que será ofertado não deve ser considerado como mais uma oferta no cardápio de cuidados da unidade (GONDIM et al, 2014).

Nessa perspectiva, depreender a inevitabilidade da modificação da atenção à assistência aos indivíduos em sofrimento psíquico, por intermédio de acréscimo de Políticas Públicas, entender que a unidade é responsável para acolher todos os indivíduos com múltiplas histórias de intervenções psiquiátricas, morar no território e necessitar ser atendido na atenção primária, todas as dificuldades relacionadas com a incompletude do apoio matricial, desfavorece toda vivência em saúde mental de maneira positiva, assim como, continuar com dificuldades na atenção ao indivíduo em sofrimento psíquico, o discernimento e percepção sobre o apoio matricial tornam-se incongruentes, com poucos membros da equipe com elucidações específicas que essa atividade potencializa a ESF para todo tipo de transmutação e outros sentem que é bom, pois se é bom para alguns também será bom para mim, no entanto, não conseguem explicar e definir atribuições e papéis.

### 7.1 Representação Social de Apoio Matricial

Uma representação é organizada a partir de um conjunto de informações, de crenças, de opiniões e de atitudes acerca de um dado objeto social. Podem ser deliberadas como uma visão funcional do mundo que aquiesce ao indivíduo ou ao grupo dar uma acepção às suas condutas e apreender a realidade através de seu próprio sistema de diretrizes, permitindo ao indivíduo se justapor e encontrar um lugar nessa realidade (ABRIC, 1998).

Quando analisamos os dados fornecidos pelo IRAMUTEQ, entendemos que para esse grupo, NASF e apoio matricial apresentam-se como sinônimos, enfatizando o NASF como apoio matricial na atenção primária, no entanto, todos os questionamentos partem da ideia da compreensão sobre como essa equipe vivencia e desenvolve as indagações sobre esse novo dispositivo em saúde na unidade. Conhecer as práticas desenvolvidas por profissionais da

equipe da família; compreender os conhecimentos e as atitudes; identificar quais as práticas de apoio matricial que são vivenciadas, assim como identificar potencialidades e práticas existentes. A partir dessas propriedades a identificação das representações sociais sobre apoio matricial seria favorável para depreender a própria cultura comportamental predominante nessa ESF.

Compreendemos que é necessário trazer uma relação dos elementos que configuram as representações sociais com os dados obtidos na pesquisa. Citaremos dois, conceito e atitudes. Relembrando a discussão apresentada por Borges (2008) em que conceitos serão produzidos no seio do grupo e por esse mesmo grupo, classificadas, categorizadas, reconhecidas e diferenciadas. Um conjunto organizado de cognições desse grupo, uma partilha que foi organizada e que formará um senso comum, socialmente marcados. Entendemos que os conceitos são formados mediante o contato constante entre todos os membros do grupo, em reuniões, encontros pedagógicos e o compartilhamento de todas as falas e ideias favorecerá essa dimensão conceitual. Para esse autor todos os membros devem exprimir as mesmas ideias, assim, inferimos que o conceito sobre apoio matricial não é muito claro para todos os membros do grupo e pode ser um obstáculo para as transformações dos aspectos tradicionais que sempre foram uma adversidade para a expansão do tratamento integral à saúde da população.

Atitude é outro elemento apresentado por Borges (2008) para compreendermos os aspectos da representação social. Relembremos o que foi apresentado por esse autor em que será através de atitudes e comportamentos que os atores assumirão as suas posições, afirmar-se-ão como elemento de um grupo que as compartilha. As representações sociais serão determinantes de nossa ação, dos nossos comportamentos e de atitudes que desenvolvemos e expressamos e que nos identifica como grupo de pertença; falamos de palavras, gestos, de encontros que a todas as horas e momentos que circulam entre os elementos do grupo.

Assimilando que o apoio matricial é um espaço de relação e produção de subjetividade, dão sentido às experiências de trabalho com valorização ou sofrimento de sua situação, os dados do presente estudo apontam que, pela ausência de espaços de encontro da equipe, os profissionais desenvolvem ações pontuais, pouco contextualizadas e compartilhadas, perdendo sua potencia da construção coletiva como transformadora do trabalho e do cuidado. Existem barreiras que desfavorecem o melhor atendimento em saúde mental por vários membros da equipe que afirmam não se sentirem preparados para tal

função, pois não são devidamente qualificados. Acreditam que apoio matricial é para ativar atitudes mais adequadas para a resolução de todos os problemas, no entanto, existe a crença de que é para alguns profissionais e o comportamento manifestado é de exclusão e esquivas laborais.

Quando observamos e analisamos esse contexto, entendemos que comportamentos e atitudes são perceptíveis, como esperar total resolução dessa equipe à pessoa em sofrimento psíquico que chega na unidade, seja exigência para ajudar no acolhimento, seja hiper-agendamento para que o NASF atenda e solucione o caso, precipuamente para favorecer uma medicação e nesse sentido o psiquiatra é tido como “um profissional chave” dessa relação equipe de família e apoio matricial, sendo que a atitude e comportamentos dos membros da equipe da família é buscar excessivamente esse profissional.

Assim, a relação entre representações e comportamentos está condicionada pela interação de um conjunto de representações ou noções, como componentes de uma situação problema (MONTEIRO e VALA, 2004). Nesse ponto, é necessário compreender se esse grupo apresenta algum tipo de representação e se os comportamentos manifestados pelo grupo se relacionam com crenças adquiridas e transformadas pelas informações nas relações cotidianas do trabalho.

Entendemos mediante esses apontamentos que a equipe de saúde da família convive semanalmente com o grupo que realiza o apoio matricial, no entanto, muitas dúvidas afluem sobre o que realmente essa equipe faz, qual o papel dela. Nesse sentido, não existe uma prática comum experienciada por todos, da mesma maneira não existe um momento de reflexão dessa prática e possibilidades de teorizar o apoio matricial. Práticas do apoio são vivenciadas, como o compartilhamento e consulta em conjunto, todavia, sua forma fragmentada mantém-se constante favorecendo o momento de capacitação somente para o médico e o enfermeiro, dessa forma, informações e a prática cotidiana impele a crença de que o profissional médico é o único profissional a determinar e resolver todas as demandas existentes.

Frente a todos esses apontamentos, a apresentação da limitação de alguns elementos formadores das representações sociais, entendemos que esse grupo não apresenta uma representação social já formada e sim existe uma construção que direciona para a formação da representação social, com aprimoramento de pensamentos e ideias.

Essa crença do poder médico nas resoluções em saúde está ancorada na própria história da medicina, na tradição hegemônica do poder e na confiança da população ao domínio médico sobre todos os aspectos de sua saúde. Assim, o apoio matricial é percebido pelo grupo como uma atividade desenvolvida para ajudar na unidade, realizada por equipe multidisciplinar, não obstante, o médico é intensamente favorecido. Da mesma maneira uma representação social está sendo construída na unidade sobre o apoio matricial como ação para modificar a assistência em saúde mental, e todos os funcionários percebem esse apoio, por intermédio do NASF, como auxiliar no atendimento em saúde mental, na realização de diagnósticos e encaminhamentos quando necessário.

Entendemos que essas representações sociais em construção, engendradas nos últimos 4 anos nessa ESF, relacionam-se com representações dos próprios sentidos da fragmentação e do domínio do conhecimento técnico nas equipes de saúde. Apesar do apoio matricial ter como objetivo implementar o SUS, a integralidade e equidade do atendimento à população. Essa equipe asseverou ainda manifestar vivências de comportamentos mediante crenças na conformação do sistema de atendimento, limitante e ainda pouco efetivo.

Para que o apoio matricial seja realmente incorporado de maneira efetiva e significativa é necessário romper com as permanências, até que representações antigas não sejam suficientes para explicarem a realidade dos atendimentos como demandas nas unidades, novas crenças sejam formadas por discussões técnicas, instruções formais, acompanhamentos práticos por todos os membros presentes na unidade, a perpetrar uma gestão mais ativa das Políticas Públicas.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para concluirmos esse trabalho, retomamos alguns pontos que estruturaram a presente investigação.

Primeiramente, os pressupostos com que fomos em campo não foram ratificados pelas manifestações aduzidas pelos participantes da amostra estudada. Relembramos que trabalhamos com a ideia de que as representações sociais do apoio matricial em saúde mental, formadas em universo de conhecimento reificado e transdisciplinar auxiliam a equipe de referência a realizar os atendimentos às pessoas em sofrimento psíquico. Nesse contexto, entendemos que não. Apesar da vivência no ambiente nesse universo reificado, o conhecimento manifestado pela equipe de apoiadores limita-se a um grupo reduzido, não atingindo toda equipe de referência, sendo assim, não existe efetividade ao atendimento à pessoa em sofrimento psíquico, pois nem todos da equipe receberam o apoio de preparação. Também não existe um ambiente interprofissional e sim múltiplos profissionais no ambiente sem as discussões necessárias para a formação de novos conhecimentos. Por outro lado, os resultados confirmaram nossas reflexões de que a equipe de saúde da família espera que o apoio matricial, por intermédio do NASF, resolva todos os problemas de saúde mental que chegam à unidade, uma vez que, não se sentem preparados.

Assim, com base nesses resultados, colocamos algumas questões a serem respondidas em trabalhos futuros: existindo um serviço de educação permanente na secretaria da saúde e equipe de apoio matricial que tem como atribuição promover a formação dos trabalhadores na efetivação da integralidade na assistência à pessoa em sofrimento psíquico, quais os motivos da permanência da crença de que nem todos os membros da equipe necessitam ser instruídos e capacitados para o atendimento embasado em conhecimentos? Qual o reflexo dessa fragmentação e desassistência à equipe na qualidade da assistência atual?

Um segundo ponto a ser apresentado nessas considerações finais relaciona-se à nossa justificativa. Considerávamos que as respostas obtidas através da análise das representações sociais favorecessem a compreensão se as novas políticas de assistência implantadas na atenção primária relacionadas ao aprimoramento do atendimento às pessoas em sofrimento psíquico são efetivas e se a atenção primária em saúde está capacitada para atender aos transtornos mentais leves, se todos os casos que chegam recebem resoluções efetivas. Através das entrevistas e análise dos resultados, consideramos que é uma realidade o despreparo da equipe no atendimento à saúde mental, que tem ainda muitas limitações e falta de efetividade

no acolhimento em saúde mental, sancionando que a atenção primária ainda não se sente preparada para atender aos transtornos mentais leves ou os aspectos de sofrimento psíquico. A percepção da equipe de que o apoio matricial é para poucos é um dos fatores limitantes.

Essa percepção não é somente nossa e sim também dos próprios participantes da pesquisa que enfatizam que todos deveriam receber o apoio e capacitação, dado que, também realizam acolhimento, também atendem as pessoas em crise e se não conseguem ajudar, a ESF não fica muito efetiva em sua função. Nessa perspectiva é de fundamental importância que os gestores do SUS implementem novas práticas para que o apoio matricial se efetive como política transformadora e os trabalhadores se sintam motivados e valorizados em suas funções. Esses pontos levantados podem funcionar como mobilizadores de atendimentos vinculados aos novos paradigmas de promoção à saúde como otimizadores da assistência prestada.

Retomamos também nessas considerações finais quanto ao objetivo de nossa pesquisa, que lembramos, analisar as representações sociais de trabalhadores da atenção primária em saúde sobre o apoio matricial. Concluímos que atingimos nosso objetivo quanto analisar as possíveis representações expressadas, pois identificamos suas ideias, conceitos, percepções, visões, pontos de vistas.

Quando questionados sobre a temática, muitos apresentaram desconforto em ter que discutir algo que talvez não estivesse tão claro em sua mente, algo que não era discutido diariamente em reuniões para conservação dos conceitos. Falar sobre o apoio matricial foi entrar em um campo abstrato, sem sentido e precisou dar uma forma mais concreta, tirar dos pensamentos alguma coisa um tanto difusa e dar forma. Os enunciados trazidos nesse momento tornaram-se mais objetivos na entrevista, nos esclarecimentos, ou seja, momento que acontece a objetivação, a materialização do conceito.

Nesse momento da entrevista muitas reflexões surgiram, momento que as histórias são lembradas e criadas. Nessa condição ancoragens estão presentes, uma vez que as representações são formadas por conhecimentos anteriores existentes. As construções que direcionam para a formação das representações sociais claramente exibem comportamentos e muitas vezes mantém os aspectos fragmentados e tradicionalistas dos atendimentos, no caso, a percepção de que o apoio matricial é somente para o médico, a tendência de que outras atividades se tornem menos importantes, como a importância da consulta de enfermagem para

exploração de todos os aspectos da saúde mental de uma pessoa, torna-se pouco visível, mesmo para a equipe de enfermagem.

Como o estudo era conhecer as representações sociais de trabalhadores de uma unidade de ESF, o número possível de participantes da pesquisa foi somente 13, no entanto, não ofereceu alterações no comprometimento ao objetivo do estudo, assim como, os resultados apresentam problemáticas vividas por essa ESF e que podem estar sendo experienciadas por outras ESF. Essas extrapolações de ideias e problemáticas só podem ser realmente observadas por leitores dessa dissertação e que podem comparar suas vivências concretas e objetivas.

Por fim, queremos também apontar o momento em que se encontram as Políticas Públicas de Saúde Mental. Apesar de grandes avanços apresentados no decorrer dos últimos anos com a elaboração de novas modalidades de atenção, seja em ambiente da atenção primária, em ambiente ambulatorial, ou mesmo em intervenções de internação em leitos de saúde mental em hospital geral, estamos vendo um retrocesso na atenção à pessoa em sofrimento psíquico. Vemos ampliação de serviços para acolhimento e internação em clínicas de recuperação para dependentes químicos, comunidades terapêuticas, projetos do Ministério da saúde que favorecem elevadas verbas em programas que viabilizam esses serviços, com retorno acentuado de internações compulsórias em ambientes fechados.

De acordo com a nota técnica nº 11/2019 CGMAD/DAPS/SAS/MS, alguns equipamentos são acrescentados na RAPS, sendo o hospital psiquiátrico um dos elementos que completará novamente esses serviços que não podem ser chamados mais de substitutivos, pois não existirão serviços que serão fechados e sim remodelados de acordo com todas as necessidades. Esse serviço de internação em ambiente especializado acontecerá mediante aos novos valores de custos propostos para ocupação desses leitos, assim como readaptações desses hospitais ao que é recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2019).

Essa conjuntura gera preocupação pela incerteza quanto aos rumos que estão sendo tomados para a Política Nacional de Saúde Mental e conseqüentemente ao dispositivo do Apoio Matricial, visto que matricular é fazer a não psiquiatrização. O contexto atual tem sido favorável para que ocorra um retorno às solicitações de internações em hospitais ou clínicas psiquiátricas. Alguns dos participantes do estudo demonstraram preocupação quanto a uma supervalorização da realização do diagnóstico psiquiátrico, em detrimento de uma escuta

qualificada dos sujeitos numa perspectiva mais ampliada. Tal ênfase provoca um forte direcionamento para medicalização, pode corroborar com a visão do tratamento em instituições específicas e fechadas, em detrimento do uso de outras possibilidades terapêuticas construídas no âmbito da equipe interprofissional e no território.

## 9 REFERÊNCIAS

- ABREU, M. M.; DIMENSTEIN, M.; FONTENELE, M. G.; MACEDO, J. P..A regionalização da saúde mental e os novos desafios da reforma psiquiátrica brasileira. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 155-170, 2017.
- ABRIC, J. C. (1998) A abordagem estrutural das representações sociais. In A. S. P. Moreira & D. C. Oliveira (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social** (pp. 27-38). Goiânia: AB.
- ALBUQUERQUE, L.C.; ALBUQUERQUE, P.C.; LIRA, A.C.; NASCIMENTO, C.M.B.; SOUZA, F.O.S..O papel do núcleo de apoio à saúde da família na coordenação assistencial da atenção básica: limites e possibilidades. **Saúde e debate**. Rio de Janeiro, v.41, n.115, p.1075-1089, 2017.
- AMARANTE, P. (COOR.). **Loucos pela vida, a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2001.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 3ª edição. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.
- AMARANTE, P..Reforma psiquiátrica e epistemologia. **Caderno brasileiro saúde mental**, v.1, n.1. 2009.
- AMARANTE, P.; NUNES, M.O..A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência e saúde coletiva**, v.23, n.6, p. 2067-2074, 2018.
- ARANHA, A.V.S.; FLOR, C.R.; SILVA, L.L.T.; VILLA, E.A..As relações de poder no trabalho da Estratégia de Saúde da Família. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v.39, n.107, p.1044-1052, 2015.
- BALLARIN, M.L.G.S.; BLANES, L.S.; FERIGATO, S.H. Apoio matricial: um estudo sobre a perspectiva de profissionais de saúde mental. **Interface – comunicação, saúde, educação**. v. 16, n. 42, p. 767-778, 2012.
- BARACHO, D.; FIORONI, L.N.. “O seu olhar melhora o meu”: o apoio matricial ampliando o olhar sobre o sofrimento. **Rev. Ínterins. Psicol.**, Juiz de fora, v. 5, n. 2, 2012.
- BARDAQUIM, V. A.; DIAS, E. G.; ROBAZZI, M. L. C. C..O processo de trabalho do (a) enfermeiro (a) na constituição da equipe de uma Estratégia de Saúde da Família: um relato de experiência. **Saúde em redes**. V.3, n.3, p. 293-300. 2017.
- BARRETO, L.A.; JORGE, M.S.B.; JÚNIOR, E.F.C.; LIMA, L.L.; ROSA, L.R.S.; VASCONCELOS, M.G.F.. Resolubilidade do cuidado em saúde mental a Estratégia de Saúde da Família: Representação social de profissionais e usuários. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, V. 48, n. 6. 2014.

BARROS, D.C.; FITTIPALDI, A.L.M.; ROMANO, V.F. Nas entrelinhas do olhar: apoio matricial e os profissionais da ESF. **Saúde e debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n.4, p. 76-87, 2015.

BERRI, B.; CAMARGO, M. B. V.; CASTRO, A.. Representações sociais relacionadas às práticas de rejuvenescimento. **Psicologia em pesquisa**. UFJF, Santa Catarina, v. 10, n.2, p. 21-30, 2016.

BERTAGNONI, L.; MÂNGIA, E. F.; MARQUES, A. L. M.; MURAMATO, M. T.. Núcleo de apoio à saúde da família e saúde mental: Itinerários terapêuticos de usuários acompanhados em duas unidades básicas de saúde. **Revista terapia ocupacional**. USP, São Paulo, v.23, n.2, p. 153-162, 2012.

BORGES, M.P.A.. **Professores: imagens e autoimagens**. 2008, 430 p. Tese de doutorado. Faculdade de ciências, Universidade de Lisboa, 2008.

BRANDALISE, F.; SILVA, R.S. O efeito do diagnóstico psiquiátrico sobre a identidade do paciente. **Mudanças – psicologia da saúde**. V. 16, n. 2, p. 123-129, 2008.

BRASIL. Lei n. 10216, de 06 de abril de 2001. **Proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental**. Brasília, 2001.

BRASIL. Saúde mental no SUS: **Os centros de atenção psicossocial. “Saúde mental (SM) e Atenção Básica (AB) – vínculo e o diálogo necessário – organização das ações de SM na AB**. Ministério da saúde, Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Secretária de atenção à saúde. Núcleo técnico da política de humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2ª edição. Ministério da saúde. Brasília, 2008.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Série B textos básicos de saúde. Série Pactos pela saúde 2006**. V. 9. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Portaria nº 2669, de 03 de novembro de 2009. **Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do pacto pela saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010-2011**. Ministério da saúde, Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Caderno de atenção básica: **Diretrizes do NASF: Núcleo de apoio à saúde da família**. Ministério da saúde, Brasília, D.F, 2010.

BRASIL. **Institui a rede de atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS**. Ministério da saúde. Brasília. 2011

BRASIL. **Núcleo de apoio à saúde da família, conceitos e diretrizes**. Brasília, DF, Ministério da saúde, 2013.

BRASIL. Nota técnica nº 11/2019 – CGMAD/DAPES/SAS/MS. **Esclarecimentos sobre mudanças na Política Nacional de saúde Mental e nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2019.

CÂMARA MUNICIPAL. Decreto nº 7159, 14 de dez. de 2009. **Implantação do NASF**, Araraquara, SP, dez 2009.

CAMARGO, B. V.; PADILHA, M. I.; Silva, S. E. D. A teoria das representações sociais nas pesquisas da enfermagem brasileira. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 64, n. 5, p. 947-951, 2011.

CAMARGO, B.; JUSTO, A.M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Rev. Temas em psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

CASA CAIRBAR SCHUTEL. Quem somos. Disponível em <[www.casacairbar.org.br/qsomos.html](http://www.casacairbar.org.br/qsomos.html). Acesso em 12 ago. 2017.

CASSIMIRO, T.J.L.; LEÃO, N.C.; PEGORARO, R.F. Matriciamento em saúde mental segundo profissionais da ESF. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 19, n. 4, p. 621-631, 2014.

CASTRO, R. C. B. R.; MARCOLAN, J. F. Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: desafios e possibilidades do novo contexto do cuidar. **In: atenção primária, secundária e terciária e seus serviços em saúde mental**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

CHIAVERINI, D.H. (Org). **Guia prático de matriciamento em saúde mental. Centros de estudos e pesquisa em saúde coletiva**. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2011. 236p.

COSTA, D.T.; MARTINS, M.C.F. Estresse em profissionais de enfermagem: impacto do conflito no grupo e do poder no médico. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.45, n.5, p.1191-1198, 2011.

DRSIII Araraquara. **Plano de ação regional – rede de atenção psicossocial da RRAS 13**, Ribeirão Preto, 2013.

FUREGATO, A. R.; OGATA, M. N.; SAEKI, T. Reforma sanitária e reforma psiquiátrica no Brasil: convergências e divergências. **Nursing**, v. 3, n. 25, p. 24-29, 2000.

GONDIM, L.G.F.; JORGE, M.S.B.; NETO, J.P.M.; SIMÕES, E.C.P.; VASCONCELOS, M.G.F.. Possibilidades e desafios do apoio matricial na atenção básica: Percepções dos profissionais. **Revista psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 63-74. 2014.

JODELET, D..La representacions social: fenômenos, concepto y teoria: in: **psicologia social** (MOSCOVICI, S. Org). pp 469-494. Barcelona: Paídos, 1985.

JODELET, D. representações sociais: história e avanços teóricos, vinte anos da teoria das representações sociais no Brasil. **In: OLIVEIRA, D.C.; CAMPOS, P.H.F (Org). Representações sociais: uma teoria sem fronteiras**. Rio de Janeiro: Museu da República, 2005, p.11-21.

IBGE. Dados estatísticos, 2016. Disponível em <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso em 09 de agosto de 2017.

LOPES, S.M.B.; MOLINER, J..Saúde mental na atenção básica: possibilidades de uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. **Saúde e sociedade**. São Paulo, v.22, n.4, p.1072-1083, 2013.

MACHADO, M.C.L. **Universo em desencanto: conceitos, imagens e fantasias de pacientes psiquiátricos sobre loucura e/ou doença mental**. 1995. 436 f. tese de doutorado. Instituto de psicologia, Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, 1995

MACHADO, M.H.; MOYSES, N.M.N.; OLIVEIRA, E.S.; TAVARES, M.F.L.; WERMELINGER, M. A força de trabalho do setor saúde no Brasil: focalizando a feminização. **Rev. Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 4, p. 54-70, 2010.

MACIEL, A. L. **Aspectos gerais sobre internação involuntária em saúde mental nos últimos 10 anos**: revisão bibliográfica. 2013. 35 f. Monografia (trabalho de conclusão de curso) Especialização em saúde mental. Universidade do extremo sul catarinense, UNESC, Criciúma, 2013.

MEDEIROS, R. H. A. Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços do SUS. **Physis: Revista de saúde pública**, v. 25, n. 4, p. 1165-1184, 2015.

MELLO FILHO, J.; SILVEIRA, L.M.C. Consulta conjunto: uma estratégia de capacitação para a atenção integral à saúde. **Rev. Bras. de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 47-151, 2005.

MINAYO, M. C. S.. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28ª edição. Petrópolis: Ed. Vozes, 2009.

MONTEIRO, M. B.; VALA, J.. **Psicologia social**. 6ª edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004. Cap. XIV, p. 457-502.

MORAIS, S.H.G.; SANTOS, E.M. A visita domiciliar na ESF: Percepção de enfermeiros. **Cogitare enferm**. v. 16, n. 3, p. 492-497, 2011.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Tradução de Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 5ª edição. Petrópolis, RJ: vozes, 2007.

OLIVEIRA D.C. a teoria da Representação social como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo disciplinar. **In: ALMEIDA, A.M.O; SANTOS, M.F.S.; TRINDADE, Z.A.; (Orgs). Teoria da representação social, 50 anos**. 2. Ed. Brasília: technopolitik, 2014. Cap. 9 p. 772-828.

OLIVEIRA, M..O conceito de representações coletivas: uma trajetória da divisão do trabalho às formas elementares. **Debates do NER**, Porto alegre, v.13, n.22, p. 67-94, 2012.

PAIM, J. S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

REIS, C.B.; ROTTILI, M. O apoio matricial com estratégia organizacional no trabalho em saúde na atenção primária. **Rev. On line de extensão e cultura. Realização**, v. 3, n. 6. ISSN 2358-3401, 2016.

RIVERA, F.J.V.; SOUZA, A.C. A inclusão das ações de saúde mental na atenção básica: ampliando possibilidades no campo de saúde mental. **Rev. Tempus Actas saúde coletiva**, v. 4. n. 1, p. 105-114, 2010.

SÁ, C. P. **Núcleo central das representações sociais**. 2ª edição. Petrópolis – RJ: Vozes, 2002.

SÁ, C.P. **A construção do objeto de pesquisa em representação social**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998, 110p.

SANTOS, J. G.; SOUZA, R.C. Orgs. Construção social da aprendizagem em saúde mental e saúde da família. Ilhéus, Bahia: **Editus**, 2014, 2016 p. ISBN 978-85-7455-447-1. Disponível em Scielo Books < <http://books.scielo.org>>.

SILVA, A. X. **Reforma sanitária, hegemonia e efetividade do controle social**. 2ª edição. Campina Grande: EDUEPB, 2011. p. 117-146.

SILVA, A.P.C.B.. **Apoio matricial do NASF: representação social de profissionais da atenção primária à saúde sobre assistência à saúde**. 2017, 176 p. Dissertação (Mestrado profissional) – Programa de Pós-graduação em ensino em saúde, Universidade federal dos Vales de Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, 2017.

SPINK, M. J. P. O conceito da representação social na abordagem psicossocial. **Caderno de saúde pública**, v. 9, n. 3, p. 300-308, 1993.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira da década de 80 aos dias atuais. **História, ciências e saúde**, v. 9, n.1, p. 25-29, 2002.

YIN, R. K. **Estudo de caso, planejamento e métodos**. Editora Bookman. Rio de Janeiro. 2003.

WAGNER, W. sócio gênese e características de representação social. **In: MOREIRA, A.S.P.; OLIVEIRA, D.C. (Eds). Estudos interdisciplinares de representação social**, p. 3-25. Goiânia, GO, 1998.

## APÊNDICE 01

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Título da pesquisa:** Apoio Matricial em saúde mental: representações sociais de trabalhadores da Atenção primária em saúde.

**Pesquisador responsável:** Fernando Luiz Muniz

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Márcia Niituma Ogata

**Instituição/Programa:** Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR) – Programa de Pós-graduação em enfermagem – Mestrado em ciências da saúde.

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “matriciamento em saúde mental: a representação social da equipe de profissionais da atenção primária em saúde”, que tem como objetivo – identificar e analisar as representações sociais do matriciamento em saúde mental da equipe de profissionais da atenção primária em saúde.

Você foi selecionado (a) por ser profissional que atende regularmente na Estratégia de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Araraquara / SP, cidade onde o estudo será realizado, e por compor a equipe da família.

Sua participação nessa pesquisa auxiliará na obtenção de dados que poderão ser utilizados para fins científicos, proporcionando maiores informações e discussões que poderão trazer benefícios para a área da saúde e para a construção de novos conhecimentos.

Sua participação será voluntária e não implicará qualquer despesa de sua parte. Todas as informações que compartilhar conosco serão mantidas em sigilo, pois serão identificadas por um número, o que não permitirá que você seja identificado (a) sob nenhuma circunstância. Somente o pesquisador responsável e sua orientadora terão conhecimento de sua identidade e se comprometerão a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados deste estudo.

**Benefícios:** Esta pesquisa procura estudar a representação social da equipe de profissionais da atenção primária em saúde sobre o matriciamento em saúde mental e, embora pode não trazer um benefício direto para os participantes, os mesmos poderão contribuir para a compreensão dessa percepção das políticas públicas de saúde que se tornam cada vez mais efetivas para os princípios e diretrizes do SUS.

**Riscos:** Esperamos que a sua colaboração não acarrete qualquer risco físico ou psicológico para você, porém, caso sinta algum tipo de desconforto ao responder às questões ou compartilhar informações pessoais, poderá interromper a entrevista a qualquer momento ou mesmo desistir de sua participação, se considerar necessário.

**Critério de inclusão** de participantes nesta pesquisa: Ser membro da equipe de profissionais da atenção primária à saúde no município de Araraquara que atendem regularmente na unidade e que receba apoio da equipe do NASF.

**Critérios de exclusão:** Profissionais recém-admitidos (as) na unidade, sem contatos prévios com profissionais do NASF, ou com pacientes com transtorno mental; profissional que não concordou com a gravação da entrevista em áudio.

Você responderá a questões relacionadas à representação social do matriciamento em saúde mental. A entrevista será realizada em uma sala da unidade da atenção primária à saúde, ou em outro local que você desejar, com duração de aproximadamente 60 minutos. Solicito a autorização para a gravação em áudio da entrevista. As gravações realizadas durante a entrevista serão transcritas pelo pesquisador, garantindo que se mantenha o mais fidedigno

possível. Depois de transcritas poderá ser apresentada a você para concordância e validação das informações.

Você terá direito à indenização por qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa.

A gravação de suas falas será apagada após sua transcrição, porém, o registro transcrito de suas falas será guardado em local seguro, por 05 (cinco) anos (Resolução CNS nº 466/12). Decorrido esse período, o material será picotado e descartado.

Se aceitar participar desta pesquisa, você deverá assinar este termo de consentimento Livre e Esclarecido em 02 (duas) vias iguais, e uma delas permanecerá com você, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Eu, \_\_\_\_\_, de maneira livre e esclarecida, expresseo meu consentimento em participar desta pesquisa, após ter lido o documento e ter sido devidamente esclarecido (a) sobre os objetivos, benefícios e riscos envolvidos neste estudo. Recebi garantia de total sigilo do pesquisador responsável. Estou ciente de que poderei obter esclarecimentos sempre que o desejar e de que minha participação não acarretará despesas para mim. Concordo em participar voluntariamente desta pesquisa, sem o recebimento de qualquer incentivo financeiro, com a garantia de que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para mim, meu local de trabalho ou para a UFSCAR.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110.

Em caso de dúvida em relação a este documento ou à pesquisa, você poderá procurar o pesquisador responsável, a qualquer momento, pelo telefone (16) 982588828 ou pelo e-mail [fer\\_muniz1972@outlook.com](mailto:fer_muniz1972@outlook.com)

Araraquara, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Fernando Luiz Muniz