



**Health
Residencies
Journal (HRJ).
2023;4:1-9**

Relato de Experiência

DOI:

<https://doi.org/10.51723/hrj.v3i18.692>

ISSN: 2675-2913




Qualis: B2

Recebido: 28/08/2022

Aceito: 17/11/2022

Matriciamento em Saúde Mental na Atenção Básica: um relato de experiência à luz do Arco de Magueréz

Mental health matrix support in Primary Health Care: an experience report in the perspective of the Arch of Magueréz

Leticia de Amorim Mota Coelho¹ , Caroline Jonas Rezaghi Nunes² , Camila Araújo Feitosa³ 

¹ Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal. Especialista em Saúde Mental do Adulto pela Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal.

² Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal. Mestre em Ciências Médicas pela Universidade de Brasília.

³ Psicóloga na Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal.

Correspondência: leticiaamorim.mota@gmail.com

RESUMO

Na perspectiva da Metodologia da Problematização, o Arco de Magueréz se propõe a dialogar com a complexidade dos fenômenos sociais e seus atravessamentos, por meio da observação da realidade, da identificação de gargalos e na elaboração de propostas e intervenções condizentes com a realidade do território. Este estudo teve como objetivo relatar a experiência da aplicação do Arco de Magueréz na construção de uma proposta de matriciamento em saúde mental durante as reuniões de equipe em uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal. A implementação foi desenvolvida em cinco etapas: (1) observação da realidade, (2) pontos-chave, (3) teorização, (4) hipóteses de solução e (5) aplicação da realidade. Os resultados evidenciaram a importância de compartilhar estratégias de cuidado em saúde mental e de fortalecer espaços coletivos de discussão de casos e de educação permanente em saúde. Acredita-se que a Metodologia da Problematização, tendo o Arco de Magueréz como norte, pode ser um instrumento potente e necessário para fortalecer o conceito ampliado de saúde e provocar transformações nos processos de cuidado no SUS.

Palavras-chave: Matriciamento; Saúde mental; Atenção Primária à Saúde; Aprendizagem baseada em problema.

ABSTRACT

From the perspective of the Methodology of Problematization, Arch of Magueréz proposes to dialogue with the complexity of social phenomena and their crossings, through the observation of reality, the identification of bottlenecks and the elaboration of proposals and interventions consistent with the reality of the territory. This study aimed to report the experience of applying the Arch of Magueréz in the construction of a mental health matrix support proposal during

team meetings at a Basic Health Unit in the Federal District. The implementation was developed in five steps: (1) observation of reality, (2) key points, (3) theorization, (4) hypotheses of solution and (5) application of reality. The results highlighted the importance of sharing mental health care strategies and strengthening collective spaces for discussing cases and continuing health education. It is believed that the Methodology of Problematization, with the Arch of Maguerez as a guide, can be a powerful and necessary instrument to strengthen the expanded concept of health and provoke transformations in the care processes in the SUS.

Keywords: Matrix support; Mental health; Primary Health Care; Problem-based learning.

INTRODUÇÃO

A urgência em superar o modelo de educação fragmentada, centrada nas especialidades e voltada à prática bancária de formação de profissionais é um desafio posto nas diversas áreas de atuação. Esse rompimento com as esferas verticalizadoras e hegemônicas no âmbito da educação descortina um diálogo que possibilita a reconstrução e a religação de saberes, o desenvolvimento de competências transversais e condizentes com as necessidades da contemporaneidade¹.

A educação, nesta perspectiva, opera a partir de um projeto permanente de conexão, diversidade e pluralidade, eixos que se tornam fundamentais para evidenciar as práticas educativas como um recurso para a superação das injustiças e das desigualdades sociais. A educação em saúde, como interface da Saúde Coletiva, é compreendida à luz de um processo político pedagógico que permite aos indivíduos e à coletividade desvelar a realidade e propor ações transformadoras que oportunizem autonomia e emancipação social².

A literatura aponta também que a educação em saúde apresenta-se a partir de um papel histórico e necessário para que os processos de formação dos profissionais se tornem críticos, reflexivos e que valorizem a discussão, a curiosidade, a incerteza, a complexidade e os questionamentos ao longo das práticas educativas³.

De acordo com Villardi, Cyrino e Berbel⁴ o Arco de Maguerez anuncia-se como uma ferramenta educacional transformadora para tensionar uma busca por uma educação problematizadora e dialética-reflexiva no campo da saúde. Na perspectiva da metodologia da problematização, o Arco de Maguerez se propõe a dialogar com a complexidade dos fenômenos sociais e seus atravessamentos, por meio da observação da realidade, da identificação de gargalos, na elaboração

de propostas e intervenções condizentes com a realidade e com o contexto do território⁵.

Essa perspectiva de uma prática de educação revolucionária no setor saúde reitera os princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS) e o próprio conceito de promoção de saúde na medida em que se torna necessário o estabelecimento de estratégias de aprendizagem e de cuidado que favoreçam a troca, a transdisciplinaridade entre os diferentes saberes e que contribuam para ações de saúde no nível coletivo. A ideia de um cuidado integral, no âmbito do SUS, parte da premissa que a saúde não é privativa de uma categorial uniprofissional, uma vez que as práticas assistenciais se constituem de espaços de escuta, de acolhimento, de relações éticas e dialógicas entre os diferentes atores implicados no processo de cuidado⁶.

No entanto, essas proposições encontram-se em um campo de intensas disputas teóricas e ideológicas aprofundadas em debates que se opõem à construção coletiva. Dessa forma, faz-se necessário articular transformações sobretudo na formação dos profissionais, nos processos de trabalho, na micropolítica das relações entre trabalhadores e usuários e na organização da assistência à saúde⁷.

Portanto, o objetivo deste estudo é relatar a experiência da aplicação do Arco de Maguerez a partir da proposta de fortalecimento do paradigma do matriciamento em saúde mental em uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal. O relato aborda também os principais tensionamentos e os redirecionamentos que fazem parte dos caminhos da saúde mental crítica e do cuidado compartilhado na Atenção Básica (AB).

MÉTODO

O presente estudo trata-se de um relato de experiência a partir dos pressupostos teóricos da Metodo-

logia da Problematização, com a aplicação do Arco de Maguerez. O relato de experiência tem como objetivo evidenciar, por meio do relato, apontamentos, percepções e contradições existentes na prática em saúde.

Por se tratar de um relato de experiência, conforme a resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde⁸, o estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, uma vez que não foram utilizados quaisquer dados dos participantes envolvidos.

A metodologia foi aplicada durante as atividades de educação em serviço previstas no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), na assistência psicossocial da AB em uma UBS localizada no Distrito Federal durante o período de maio de 2022.

Foi combinado previamente com os profissionais de separar uma parte da reunião de equipe para a aplicação do Arco, que durou em média 30 minutos. Além disso, foram utilizados recursos visuais e impressos para serem distribuídos para as equipes de saúde da família. As anotações da experiência foram realizadas por meio de um diário de campo, instrumento necessário para imprimir as principais informações e observações ao longo do projeto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão deste estudo serão apresentados de acordo com a trajetória das cinco etapas propostas pelo Arco de Maguerez: observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação da realidade⁴.

PRIMEIRA ETAPA: OBSERVAÇÃO DA REALIDADE

A observação da realidade consiste no primeiro passo para o rompimento com a prática hegemônica da educação em saúde. A observação está associada à identificação de problemas, de limitações, de contradições frente à realidade em questão.

A Estratégia Saúde da Família, enquanto proposta e modelo de cuidado na AB, teve seu funcionamento bastante afetado durante o contexto da pandemia da covid-19. Os processos de trabalho desenvolvidos no âmbito da AB foram repensados e redistribuídos para atender as especificidades das condições de saúde da população neste período. No que diz respeito

ao NASF-AB, as atividades construídas pela equipe multidisciplinar também apresentaram inúmeras alterações, centralizando os esforços para manejar as repercussões da pandemia.

Ao longo do período crítico de isolamento social, o NASF-AB, localizado na Região Norte do Distrito Federal, precisou suspender as atividades coletivas realizadas no território, as reuniões com as equipes de Saúde da Família, os atendimentos presenciais que não fossem caracterizado como risco, as visitas domiciliares, além de redividir as horas de trabalho para apoiar as ações de vacina, de sistematizar os dados em sistemas de notificação dos casos suspeitos ou confirmados de covid-19 e de notificar as vacinas nos devidos sistemas. Esse retrato contextual dificultou o desenvolvimento das duas principais dimensões de atuação do NASF-AB: a assistencial, ou seja, ação direta com o território, com os usuários e as famílias, e a técnica-pedagógica que diz respeito ao apoio educativo com e para as equipes.

No momento atual de diminuição significativa dos números de casos, da ampliação da vacinação na população brasileira e do retorno gradual das atividades coletivas, o NASF-AB da região tem se concentrado em retomar as intervenções, sobretudo a dimensão técnica-pedagógica com as equipes de Saúde da Família. No entanto, a consolidação das reuniões de equipes como espaço privilegiado para organizar os processos de trabalho e para romper e superar o modelo fragmentado e descontinuado na saúde pública, tem sido um grande desafio.

A UBS em questão possui em sua composição 10 equipes de Saúde da Família dividida em um território com mais de 40.000 pessoas. Cada parte desse território se apresenta de maneira diferente, no que diz respeito à composição geográfica, social, histórica e política, e devido essa diversidade cada equipe constitui ações em saúde de forma condizente com a realidade das famílias adscritas.

Nesse sentido, levando em consideração as observações pontuadas, algumas perguntas de estudos podem ser descritas:

- Como fortalecer os espaços de discussão de equipe de forma a romper com a noção de encaminhamento?
- Como convidar as equipes a construir um olhar compartilhado para o cuidado associado às necessidades do território?

- De qual maneira podemos favorecer maior articulação e qualificação das discussões de caso, de modo a evitar a lógica ambulatorial no âmbito da AB?

SEGUNDA ETAPA: PONTOS-CHAVE

Nesta etapa, denominada como Pontos-Chave, identificam-se os possíveis fatores associados e as problemáticas que contextualizam a lacuna apresentada na primeira etapa desta metodologia.

Na proposição de compreender os aspectos relacionados à dificuldade das equipes em assumir as reuniões como espaço privilegiado para as principais intervenções de cuidado no território, observa-se que os profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) compreendem o processo de trabalho do NASF-AB a partir de uma ótica de retaguarda especializada centrada, sobretudo, na lógica encaminhativa e ambulatorial. É perceptível que as equipes acionam o NASF-AB em casos de difícil manejo, porém esse acionamento parte de trabalho pouco colaborativo e compartilhado.

Nesse sentido, as diretrizes que embasam o trabalho no NASF-AB, no que diz respeito aos fatores de apoio, de territorialização, de responsabilidade sanitária e de cuidado longitudinal e integral, tornam-se fragilizadas e reforçando ainda mais a crença de que as reuniões se apresentam como um lugar pouco produtivo e resolutivo frente à pressão assistencial imensa na porta da UBS.

Outro ponto importante a ser levantado é com relação ao aspecto gerencial de organização das horas destinadas às atividades de cadastramento e visitas domiciliares, que nesta UBS são feitas no mesmo turno em que as reuniões de equipe são previstas.

Assim, devido ao contexto da pandemia e ao aumento do território adscrito, às atividades de cadastramento dos usuários e de seus familiares, por meio das visitas domiciliares, tem sido direcionada como atividade essencial para as equipes e para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF). No entanto, com o impasse de serem realizadas no mesmo turno, as reuniões de equipe, com a participação do NASF-AB uma vez por mês, ficam inviabilizadas.

TERCEIRA ETAPA: TEORIZAÇÃO

No contexto brasileiro, a Atenção Primária à Saúde (APS) ganhou destaque e se tornou uma das agendas prioritárias do Ministério da Saúde no início da década de 90, a partir da criação do Programa

de Saúde da Família (PSF). Em 1996, a ESF torna-se reconhecida como um novo modo de organização da APS, além de ser considerada como um mecanismo de reorientação do modelo assistencial⁹.

A expansão da ESF nos municípios do país apresentou inúmeros desafios, principalmente no que diz respeito à capacidade efetiva da gestão de cuidado em consonância com as demandas e as necessidades de saúde dos indivíduos e dos grupos sociais de cada território. A realidade de cada comunidade mostrou-se bastante complexa e, nesse sentido, destacou-se a importância de repensar processos de trabalho por meio de diferentes tecnologias de cuidado e da articulação de profissionais e especialidades que pudessem apoiar as equipes da Estratégia de Saúde da Família (eSF) no cuidado à população¹⁰.

É neste cenário de ampliação do escopo de ações e da resolutividade da APS que os NASF-AB foram criados por meio da Portaria nº 154 de janeiro de 2008¹¹. Inicialmente, as equipes eram denominadas por Núcleo de Apoio à Saúde da Família, configurando-se como equipes multiprofissionais e fundamentadas na perspectiva de apoio matricial e do apoio institucional¹⁰.

A lógica do matriciamento propõe a integração e o compartilhamento dos saberes como potencialidade para a continuidade e a coordenação do cuidado do usuário e de sua família pelas equipes. Desse modo, são preconizadas ações como discussões de caso, atendimentos compartilhados, construção conjunta de projetos terapêuticos singulares, educação permanente, ações intersetoriais e de prevenção de agravos. São infinitas e desejáveis as possibilidades de intervenções entre as equipes da ESF e do NASF-AB, tendo como horizonte a visão da colaboração, da integralidade e do cuidado em território⁷.

Hirdes¹² ressalta que o apoio matricial, compreendido como fio condutor das ações preconizadas pelas equipes multiprofissionais, se mostrou eficaz para definir fluxos, qualificar as equipes e promover assistência compartilhada. Ainda, os processos de matriciamento apresentam potencial de promover relações horizontais e descentralizar temáticas que, historicamente, são lidas a partir do paradigma uniprofissional.

As ações de apoio institucional, por outro lado, apresentam-se através de suporte para as transformações organizacionais, de modo a fortalecer a cons-

trução de processos de trabalho mais democráticos, tais como: criação de espaços coletivos de deliberações, construção de fluxos de encaminhamentos para outros pontos da rede e elaboração de processos de comunicação mais efetivas e assertivas⁷.

Nas últimas décadas, tem-se notado um aumento expressivo dos esforços da AB com relação aos cuidados em saúde mental. Além dos dados evidenciarem que as comunidades e as populações têm expressado níveis de sofrimento psíquico associado ao desmonte das políticas públicas de saúde, de educação, de alimentação e de moradia, é notório que os processos da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) tem criado raízes profundas no cuidado territorializado¹³.

Sabe-se, ainda, que propostas de condutas da medicina psiquiátrica e dos saberes hegemônicos da psicologia não dão conta das inúmeras complexidades e particularidades necessárias ao manejo dos casos de saúde mental. Com os pressupostos da RPB sedimentou-se estratégias de cuidado baseado na atenção integral ao usuário, sua família e comunidade, na intersetorialidade e integração de redes de cuidado, em equipes interdisciplinares e em ações de base comunitária e territorial¹⁴.

Nessa perspectiva, torna-se necessário oferecer e desenvolver atividades de capacitação e de atividades permanentes de discussão de casos com as equipes com o objetivo de socializar ações de cuidado que considerem as múltiplas dimensões das condições de saúde e de superar a lógica medicalizante envolvida nas condutas dos casos¹⁵. As discussões em equipe podem auxiliar que os profissionais conheçam a história, compreendam os múltiplos fatores envolvidos, acolham os sentimentos e os significados que possam surgir ao longo do processo de cuidado e promover uma maior resolutividade e concretização do cuidado integrado.

O acolhimento de demandas espontâneas, enquanto tecnologia de cuidado, ocupa um lugar importante nas ações desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde, uma vez que facilita o acesso de usuários aos SUS e o agenciamento e o direcionamento das demandas e das necessidades específicas para a equipe do serviço. Um exemplo disso são os casos encaminhados para acompanhamento da equipe do NASF-AB que, depois de passarem pelo acolhimento, pela marcação na agenda dos profissionais da eSF e pela discussão de caso em reuniões de matriciamento, são direcionados

para as intervenções compartilhadas entre NASF-AB e eSF¹⁶.

Nesse percurso dos casos, torna-se imprescindível que diferentes profissionais estejam participando ativamente do processo de cuidado, avaliando os riscos e as vulnerabilidades e redefinindo as possibilidades de intervenções biopsicossociais e intersetoriais. Ainda neste entendimento do acolhimento como postura ética e de construção de vínculos em toda a condução do caso, a escuta qualificada e a perspectiva da clínica ampliada evidenciam-se como ferramentas compartilhadas que constroem processos de saúde entre o serviço e a comunidade de maneira conjunta e participativa, com o objetivo de superar a hegemonia da lógica centrada na doença e no ambiente hospitalar¹⁶.

Portanto, propõe-se um redirecionamento das ações entre as equipes de saúde da família e o NASF-AB, no sentido de qualificar os espaços de debates e de discussões, e de instrumentalizar os profissionais nas reuniões de equipe com o objetivo de promover a integração de saberes e práticas nas conduções dos casos de saúde mental.

QUARTA ETAPA: HIPÓTESE DE SOLUÇÃO

A partir do conhecimento adquirido durante a teorização e as situações problematizadas nas etapas anteriores, foram pensadas nas seguintes soluções:

- Construção de uma ficha de acolhimento em saúde mental com o objetivo de qualificar e auxiliar os profissionais durante o acolhimento dos usuários e de suas demandas;
- Desenvolvimento de um mapeamento da rede de saúde mental e da rede intersetorial para ser divulgado para as equipes durante as reuniões com eSF e NASF-AB;
- Criação de um informativo para as equipes que evidenciem a importância da participação dos profissionais nas reuniões de equipe. Os informativos devem ser fixados nas salas dos acolhimentos, nos consultórios dos médicos e dos enfermeiros e na sala dos agentes comunitários de saúde. Além disso, o informativo deve ser divulgado nos grupos de *Whatsapp* da equipe, após anuência e apoio da gestão.

Após o levantamento das possíveis hipóteses de solução e considerando a viabilidade de realização das propostas, segue-se para a última etapa do arco denominada como aplicação da realidade.

QUINTA ETAPA: APLICAÇÃO DA REALIDADE

A quinta e última etapa da metodologia é denominada aplicação da realidade, momento em que a teoria e a prática se interagem com o objetivo de modificar o cenário em questão.

Nesse sentido, a proposta de intervenção foi realizada em dois períodos, ao longo do mês de maio de 2022:

- 1) o primeiro foi destinado à entrega, à fixação e à divulgação do informativo nas salas dos acolhimentos, nos consultórios médicos e dos enfermeiros, na sala dos agentes comunitários e no grupo de *Whatsapp* da equipe. Tais ações foram executadas uma semana antes das reuniões;
- 2) o segundo período consiste em ações realizadas durante as reuniões com eSF e NASF-AB, momento em que foram entregues fichas de acolhimento em saúde mental para todos os profissionais presentes e listas do mapeamento da rede de saúde mental e da rede intersetorial.

A UBS em questão, localizada na Região Norte do Distrito Federal, é classificada, de acordo com a Portaria nº 77 de 14 de fevereiro de 2017¹⁷, como uma UBS do tipo 2, uma vez que comporta dez equipes de Saúde da Família. É importante mencionar que seis equipes são constituídas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. As outras quatro equipes são constituídas por médicos-residentes, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Essa particularidade de os médicos residentes assumirem as equipes é recente no âmbito do Distrito Federal e as repercussões desse modelo serão discutidas posteriormente nesses escritos.

As reuniões de equipe eSF acontecem semanalmente, já as reuniões entre eSF e NASF-AB ocorrem na última semana do mês. As agendas das profissionais e do profissional do NASF-AB são fechadas e reservadas para a participação integral nas reuniões. No entanto, em casos de intercorrências ou ações específicas na comunidade ou na própria unidade, as profissionais se dividem entre a situação e a reunião.

Com relação ao informativo, ele foi construído virtualmente e na sua descrição foram priorizadas informações acerca da data, do local, do horário e foi destacada a necessidade da participação de todas as equipes para esse momento de discussão de casos, de

retirar dúvidas e de compartilhar condutas e ações. O principal objetivo deste informativo foi formalizar o compromisso das equipes no compartilhamento das ações de saúde, uma vez que há um histórico importante de equipes nesta UBS que negligenciam esse espaço e atuam no sentido de descontinuar os princípios da AB e da ESF.

Das dez equipes que compõem o dispositivo de saúde, oito estiveram presentes nas reuniões durante o mês de maio. Uma das equipes ausentes informou ao NASF-AB que havia confundido o dia de reunião e a outra não se pronunciou. No que diz respeito às oito equipes presentes, vale ressaltar que nem todos os profissionais compareceram às reuniões, uma vez que muitos profissionais estavam de folga, ou outro tipo de licença ou afastamento, e alguns estavam realizando outras atividades externas. O período estabelecido para as reuniões de eSF é também utilizado para realizar visitas domiciliares, cadastramento dos usuários e responder processos no Sistema Eletrônico de Informações (SEI).

A dinâmica do processo de trabalho é muito particular para cada uma das equipes, mas em linhas gerais é seguido por três protocolos: 1) os informes; 2) a entrega das devolutivas; e 3) discussão dos novos casos. No mês em questão, foi informado em todas as oito reuniões sobre o crescente número de demandas de saúde mental que estavam chegando na unidade e sobre a necessidade das equipes (eSF e NASF-AB) se organizarem, se articularem e se qualificarem para acolher, atender e oferecer seguimento longitudinal para os usuários.

Dessa forma, com o objetivo de qualificar as discussões em equipe e utilizar o matriciamento como fio condutor das ações, foram distribuídas, nesse primeiro momento, as fichas de acolhimento e a lista do mapeamento da rede de saúde mental e da rede intersetorial. A ficha desenvolvida é composta por dezoito perguntas, incluindo identificação do usuário/usuária, motivo da procura do serviço ou do encaminhamento e sobre contexto pessoal, familiar e social. A lista do mapeamento da rede é constituída com informações sobre como acionar os serviços, sobre o público atendido, sobre quais possibilidades/modalidades de intervenções, sobre localização e funcionamento dos principais pontos da Rede de Atenção Psicossocial e da Rede Intersetorial que abrangem a Região Norte do Distrito Federal.

Todos os profissionais presentes receberam atentamente a fala e os materiais construídos. Foi conversado que os instrumentos estão em processo de construção e que todas as contribuições e observações das equipes são bem-vindas para a melhora e o aprimoramento do acolhimento dos usuários.

Após a entrega dos materiais, foi aberto espaço para discutir casos de saúde mental, tensionando que os diálogos entre os profissionais fossem pautados nas perguntas-chave que estavam descritas na ficha de acolhimento. Foi observado que poucos profissionais discutiam as demandas com propriedade da história de vida, das questões sociais e familiares implicadas. As narrativas, sobretudo dos médicos, baseiam-se em aspectos psicopatológicos e na perspectiva da doença como norteador do pensamento e das condutas. Em duas equipes surgiu a necessidade de mapear também os dispositivos psicossociais que oferecem atendimento psicoterápico de forma gratuita ou por valor social.

Com relação às equipes que apresentam histórico de não comparecimento nas reuniões, foi sugerido, a partir das discussões em reuniões internas da equipe multiprofissional, um posicionamento da gerência. Foi combinado de os gestores realizarem ajustes de conduta com os profissionais que faltam às reuniões e assinar em ata essa intervenção da gestão.

Dessa forma, espera-se que tais estratégias de apoio da gerência fortaleçam os cenários de processos de trabalho do NASF-AB e o modelo de saúde baseado nas condições de determinação social no processo de saúde.

CONCLUSÃO

É importante mencionar que a AB tem sido alvo de intensas discontinuidades à nível de política pública no âmbito federal, estadual e municipal no território brasileiro. À exemplo disso tem-se o novo modelo de financiamento da atenção básica que altera as formas de repasse, tendo como critérios o pagamento por desempenho e a remuneração com base no número de pessoas cadastradas¹⁸.

Dessa forma, tem sido visto que as equipes têm focado suas ações principalmente no manejo das condições que estão incluídas nos indicadores previstos por esse modelo, denominado Programa Previne Brasil, desassistindo outras situações de saúde e enfraquecendo os principais atributos da AB: longi-

tudinalidade, integralidade, orientação familiar e comunitária, resolutividade e ordenação e coordenação do cuidado¹⁸.

Outro ponto que merece destaque neste relato e que diminui a potencialidade da AB é o acordo firmado entre a Secretaria de Saúde e Instituições de Ensino Superior que médicos residentes especificamente vinculados ao Programa de Saúde da Família, no Distrito Federal, assumam equipes de saúde da família durante o processo de educação em serviço¹⁹. Essa decisão tem provocado gargalos importantes na assistência à saúde das comunidades, como a quebra de vínculo, tendo em vista as particularidades de um profissional residente.

Pontua-se que as descrições críticas e reflexivas realizadas neste relato apresentam limitações significativas de serem mencionadas. Não houve a possibilidade do fornecimento de *feedback* das equipes com relação à proposta de matriciamento, uma vez que as reuniões foram canceladas nos meses seguintes (junho e julho) devido à necessidade de reorganização das escalas para suprir a pressão assistencial referente à vacina de covid-19. Além disso, a ação foi realizada apenas por uma profissional residente e em um contexto específico, o que inviabilizou o prosseguimento da proposta em outros espaços de diálogo.

Considerando que as reavaliações das ações são de extrema importância para a continuidade dos projetos e que a lógica do matriciamento se dá em espaços de troca, de convivência, sugere-se que essa prática se torne uma pauta fixa das reuniões e de outros locais coletivos, como por exemplo em capacitações de educação permanente.

As observações deste estudo denunciam as fragilidades de um modelo de atenção à saúde pautado na fragmentação, na compartimentalização e na centralização das demandas no foco biomédico na produção de cuidado. Esse paradigma, que tenta constantemente ser radicalizado pela lógica do matriciamento, dos preceitos da Atenção Básica, do NASF-AB e da RPB, e do cuidado em rede, ainda persiste nos mais diversos serviços e equipamentos de saúde.

Acredita-se que a Metodologia da Problematização, tendo o Arco de Maguerez como norte, pode ser um instrumento potente e necessário para fortalecer o conceito ampliado de saúde, as noções dos atravessamentos sociais, de classe, de gênero e de raças presentes na assistência, e provocar transformações nos processos de cuidado no SUS.

REFERÊNCIAS

1. Prigol EL, Behrens MA. Educação Transformadora: as interconexões das teorias de Freire e Morin. *Revista Portuguesa de Educação*. 2020, 33(2):5-25. Disponível em: <http://doi.org/10.21814/rpe.18566>
2. Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014, 19(3): 847-852. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>
3. Roman C et al. Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem no Processo de Ensino em Saúde no Brasil: uma Revisão Narrativa. *Clinical and biomedical research*. 2017, 37(4): 349-357. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/173444>
4. Villardi ML, Cyrino EG, Berbel NAN. *A metodologia da problematização no ensino em saúde: suas etapas e possibilidades*. In: A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos [online]. São Paulo: Editora UNESP; 2015. 45-52. Disponível em: <http://books.scielo.org>
5. Vieira MNC, Panúncio-Pinto MP. A Metodologia da Problematização (MP) como estratégia de integração ensino-serviço em cursos de graduação na área da saúde. *Medicina* (Ribeirão Preto). 2015, 48(3), 241-248. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v48i3p241-248>
6. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007, 12(2), 335-342. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>
7. Melo EA, Miranda L, Silva AM, Limeira RMN. Dez anos dos NASF: problematizando alguns desafios. *Saúde Debate*. 2018, 42(1), 328-340. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S122>
8. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº. 510, de 07 de abril de 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaus_atencao_basica.pdf
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf
11. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União. nº 43 de 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html
12. Hirdes A. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015, 20(2), 371-382. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.11122014>

13. Gryscheck G, Pinto AAM. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015. 20(10), 3255-3262. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1413-812320152010.13572014>
14. Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência, & Saúde Coletiva*. 2018, 23(6): 2067-2074. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
15. Passos RG. "Holocausto ou Navio Negreiro?": inquietações para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Argumentum*. 2018, 10(3): 10-22. Disponível em: <https://doi.org/10.18315/argumentum.v10i3.21483>
16. Brasil. *Ministério da Saúde*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf
17. *Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal* (Brasília). Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial nº 54, de 15 de março de 2013. Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/b41d856d8d554d4b95431cdd9ee00521/ses_prt_77_2017.html
18. *Ministério da Saúde* (Brasil). Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html
19. *Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal* (Brasília). Portaria nº 928, de 17 de setembro de 2021. Institui o Programa de Incentivo às Residências de Medicina de Família e Comunidade no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial nº 178, de 21 de setembro de 2021. Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/89d2bf7b67fc4c02b69f93578d074660/ses_prt_928_2021_rep.html

