

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Julia Costa de Oliveira

**Articulações entre os apoios matriciais da Atenção Primária à
Saúde de Belo Horizonte-MG: caminhos para a qualificação
do cuidado em Saúde Mental**

Belo Horizonte

2021

Julia Costa de Oliveira

**Articulações entre os apoios matriciais da Atenção Primária à Saúde
de Belo Horizonte-MG: caminhos para a qualificação do cuidado em
Saúde Mental**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Social

Linha de Pesquisa: Cultura, Modernidade e Subjetividade

Orientadora: Prof.^a Dra. Cláudia Maria Filgueiras Penido

Belo Horizonte

2021

150 O48a 2021	<p>Oliveira, Julia Costa de.</p> <p>Articulações entre os apoios matriciais da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte-MG [manuscrito] : caminhos para a qualificação do cuidado em saúde mental / Julia Costa de Oliveira. - 2021.</p> <p>119 f.</p> <p>Orientadora: Cláudia Maria Filgueiras Penido.</p> <p>Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.</p> <p>Inclui bibliografia.</p> <p>1. Psicologia – Teses. 2. Família – Saúde e higiene - Teses. 3. Saúde mental- Teses. 4. Reforma psiquiátrica - Teses. I. Penido, Cláudia Maria Filgueiras. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.</p>
---------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



FOLHA DE APROVAÇÃO

Articulações entre os apoios matriciais da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte-MG: caminhos para a qualificação do cuidado em Saúde Mental.

JÚLIA COSTA DE OLIVEIRA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PSICOLOGIA, área de concentração PSICOLOGIA SOCIAL, linha de pesquisa Cultura, Modernidade e Processos de Subjetivação.

Aprovada em 30 de julho de 2021, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Claudia Maria Filgueiras Penido - Orientador
UFMG

Prof(a). João Leite Ferreira Neto
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Prof(a). Alzira de Oliveira Jorge
UFMG

Belo Horizonte, 30 de julho de 2021.

DEDICATÓRIA

*Aos(às) trabalhadores(as) e usuários(as)
que lutam para construir e defender o
Sistema Único de Saúde (SUS).*

AGRADECIMENTOS

Sem o suporte da minha família, eu não estaria escrevendo essas palavras. Agradeço ao meu pai, Antônio, por me incentivar a pensar criticamente desde cedo, pelo acolhimento e pelas revisões dos meus textos. À minha mãe, Cláudia, sou grata pelo cuidado que me nutriu, por orar para eu ficar tranquila nas minhas inúmeras apresentações e nunca duvidar do meu potencial. Ao meu irmão Filipe, por tanto me inspirar através da arte e ao meu irmão Lucas, por compartilhar as dores e delícias de ser pesquisador e professor. Sou grata aos demais familiares que tanto amo, em especial à minha avó Aparecida e à minha tia Patrícia.

Às minhas amigadas, agradeço o apoio de sempre e a possibilidade de partilhar tanto as alegrias quanto os desesperos do processo de mestrado – além de partilhar outras alegrias e desesperos, me lembrando que existia vida fora da pesquisa! Ju, Iara, Bia, Fê, Lu, Buts, Lira, Paula Grassi, Paula Gonzaga, Dé, Lucas Baldotto, Lucas Leandro: eu não poderia sonhar com uma rede de apoio mais maravilhosa que essa! Obrigada por seguirmos cultivando afeto com tanto cuidado e respeito. Agradeço também ao Edu, pela companhia e apoio ao longo de toda essa travessia.

À minha turma de mestrado, agradeço o companheirismo, as trocas dentro e fora da universidade. Vocês têm notícias do bebê? Quer dizer, deixa pra lá!

À todas as pessoas que passaram pelo L@gir, desde quando eu ainda era aluna de Iniciação Científica (IC) até o momento da minha defesa de mestrado: obrigada! Thayná e Diego, agradeço a possibilidade de participar das pesquisas de vocês e tanto aprender. Fabrícia, que alegria poder compartilharmos essa caminhada! Sou grata a todas as estudantes de IC, extensão e apoio técnico que contribuíram com a construção da minha pesquisa. Bernardo, Duda, Maribel, Maria Clara, Renata, Mari, Ana B, Bia, Lorena, Lira, Geovanna, Bianca, Ana Elisa, Gustavo, Willy: foi um privilégio poder contar com vocês, além de um grande aprendizado. Às colegas de orientação, Maíra, Ana Clara e Marcela, grata pelos compartilhamentos.

Agradeço à minha orientadora, Cláudia Penido, pelos anos de parceria que não se iniciaram no mestrado e, por certo, não se encerrarão. Sempre levarei comigo seus ensinamentos sobre pesquisa, docência e saúde coletiva! Sou grata por ter vivenciado, na

prática, um processo de ensino e aprendizado dialógico e afetivo, não sem rigor. Obrigada por confiar no meu trabalho e me incentivar a seguir o meu caminho como professora, pelas partilhas e “fritações” conjuntas!

Ao Coletivo Ampliado de Pesquisadores e todos os trabalhadores e gestores da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte que contribuíram com a produção dessa pesquisa, agradeço pela parceira epistemológica que permitiu um fazer científico que eu acredito e defendo: um “fazer com”.

Aos professores da banca de qualificação e defesa, pela leitura cuidadosa, contribuições e disponibilidade.

À CAPES, agradeço pela bolsa acadêmica, essencial para que pesquisadores continuem produzindo ciência no Brasil. À UFMG e ao Programa de Pesquisa para o SUS – PPSUS (SES/MG e do DECIT/SCTIE/MS por intermédio do CNPq), pelos financiamentos concedidos para a realização da pesquisa guarda-chuva que acolheu esta dissertação. Aos servidores da UFMG, por manterem a instituição viva e funcionando.

Por fim, agradeço aos profissionais de saúde que estão combatendo a pandemia da Covid-19, aos cientistas que produziram vacinas, à todas as pessoas que estão, no dia a dia, usando máscara; e aos artistas que tornaram o processo de fazer pesquisa em tempos de distanciamento social um pouco menos difícil.

À todas e todos que contribuíram para a realização dessa dissertação: obrigada!

EPIGRAFE

É preciso estar atento e forte.

(Gal Costa, 1969)

RESUMO

Oliveira, J. C. (2021). *Articulações entre os apoios matriciais da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte-MG: caminhos para a qualificação do cuidado em Saúde Mental*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação de Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Em Belo Horizonte (BH/MG), Equipes de Saúde Mental (EqSM) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) realizam Apoio Matricial (AM) na Atenção Primária à Saúde (APS), podendo qualificar o cuidado em saúde mental (SM) ofertado pelas Equipes de Saúde da Família (eSF). Há pouca articulação entre as equipes apoiadoras. Buscamos analisar se e como possíveis articulações entre a EqSM e o NASF em BH refletem na qualificação do cuidado em SM ofertado na APS. Este estudo é uma pesquisa-intervenção de cunho formativo, respaldada pela Análise Institucional. Conta com um Coletivo Ampliado de Pesquisadores (CA) composto por trabalhadores e gestores do AM em BH. O primeiro artigo desta dissertação investiga o histórico de implementação do NASF e da EqSM na APS em BH, com enfoque nas possíveis tentativas de articulação e distanciamentos entre as respectivas gestões. 4 entrevistas foram realizadas com gestores antigos e atuais da EqSM e NASF. Buscamos identificar analisadores, que desvelam movimentos institucionais e catalisam mudanças, e discuti-los com o CA. As EqSM, de orientação antimanicomial e psicanalítica, foram incluídas na APS antes do NASF, que teve grande influência da Reabilitação. A existência de psicólogas em ambas estratégias matriciais foi analisadora da desarticulação histórica entre as gestões da SM e NASF. Tal desarticulação pode ter limitado o potencial dessas estratégias e a ampliação da orientação antimanicomial na APS. No segundo artigo, analisamos os limites e potências de atuais tentativas de articulação entre a EqSM e o NASF para a qualificação do cuidado em SM. Realizamos 5 observações de uma reunião conjunta entre psicólogas apoiadoras; e 4 observações de uma reunião de matriciamento conjunto entre NASF, EqSM e eSF. 7 entrevistas foram realizadas com participantes dessas situações. Realizamos análises preliminares com o CA, buscando identificar analisadores. A coexistência de psicólogas na EqSM e no NASF foi analisadora das atuais tentativas de articulação entre apoios, desvelando que a delimitação de público alvo entre elas pode ser impossível de se concretizar, mesmo quando os apoiadores estão juntos. Há situações de disputa entre elas para definir quem acompanhará o caso, dificultando o protagonismo da eSF e usuários. As tentativas de articulação entre apoiadores possuem limites, como o especialismo que

atravessa o cuidado em SM, mas são potentes para que EqSM e NASF se consolidem na função de apoio. A qualificação do AM enquanto dispositivo formativo pode fortalecer tais articulações. Assim, tentativas de articulação entre as gestões e entre os trabalhadores da EqSM, NASF e eSF não potencializam, por si só, a qualificação do cuidado em SM, mas possibilita que os agentes da APS enfrentem coletivamente esses e outros desafios.

Palavras-Chave: Saúde da Família; Saúde Mental; Apoio Matricial; Reforma Psiquiátrica; Formação dos Profissionais de Saúde.

ABSTRACT

Oliveira, J. C. (2021). *The articulation between the matrix supports of primary health care in Belo Horizonte-MG: Pathways for the qualification of mental health care*. Master's Dissertation, Postgraduate Program in Psychology, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte

In Belo Horizonte (BH/MG), there are two teams in Primary Health Care (PHC) that organizes its work by the matrix support (MS): the Mental Health Team (EqSM) and the Family Health Support Center (NASF). They can qualify mental health care offered by the Family Health Teams (eSF). There isn't much articulation between the supporting teams. This study aims to analyze if and how possible articulations between EqSM and NASF reflects on the qualification of the mental health care in BH's PHC. This is an intervention and formative research, supported by Institutional Analysis, which has an Expanded Collective of Researchers (CA) composed of MS's workers and managers. This dissertation's first article describes the history of the implementation of NASF and EqSM in BH, focusing on possible attempts at articulation and distancing between their managements. 4 interviews were conducted with former and current managers of EqSM and NASF. We seek to identify analyzers, which unveil institutional movements and catalyze changes, and discuss them with the CA. The EqSM, with an anti-asylum and psychoanalytic orientation, were included in the PHC before NASF, which had an influence from Rehabilitation. The existence of psychologists in both matrix strategies is an analyzer of the historical disarticulation between the mental health's and NASF's management. This disarticulation may have limited the potential of such strategies and the expansion of anti-asylum orientation in PHC. In the second article, we analyzed the limits and strengths of current articulations between the EqSM and the NASF for the qualification of mental health care. We observed 5 meetings between supportive psychologists; and 4 matrix meetings with the participation of NASF, EqSM and eSF. 7 interviews were conducted with participants of these situations. We discussed analyzers with the CA. The coexistence of psychologists in the EqSM and in the NASF was an analyzer of the current attempts at articulation between the matrix supports, revealing that it may be impossible to delimit each one's target group, even when the matrix supports are together. There are situations of dispute between them by trying to do this delimitation, which can interfere with the eSF's and users' protagonism. Attempts to articulate the matrix supporters have limits, such as the specialism that permeates mental

health care, but it can help to consolidate EqSM's and NASF's support function. The qualification of AM's pedagogical dimension can strengthen these articulations. Thus, articulation between mental health's and NASF's management and between EqSM, NASF and eSF workers doesn't, necessarily, enhance the qualification of mental health care in PHC, but allows its agents to collectively face these and other challenges.

Key-Words: Family Health; Mental health; Matrix Support; Psychiatric Reform; Formation of Health Professionals.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 Organização das EqSM e NASF em BH	21
Figura 2 Etapas do estudo	66
Quadro 1 Artigos que integram a dissertação	29
Quadro 2 Descrição das situações observadas	69

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AM – Apoio Matricial

APS – Atenção Primária à Saúde

BDTD – Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações

BH – Belo Horizonte

BVS – Biblioteca Virtual de Saúde

CA – Coletivo Ampliado

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CERSAM – Centro de Referência em Saúde Mental

CS – Centro de Saúde

EqSM – Equipe de Saúde Mental

ESF – Estratégia Saúde da Família

eSF – Equipe de Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

NAR – Núcleo de Apoio à Reabilitação

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

SMSA – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

RP – Reforma Psiquiátrica

RT – Referências Técnicas

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Problematização.....	20
2 OBJETIVOS.....	25
3 NOTAS SOBRE O MÉTODO	26
3.1 Referencial teórico-metodológico: A Socioanálise.....	26
3.2 A Pesquisa-Intervenção.....	28
3.3 Organização da dissertação	29
3.4 Impactos da pandemia para o percurso metodológico	30
4 ARTIGO 1 - IMPLEMENTAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE APOIO MATRICIAL EM BELO HORIZONTE-MG: ATRAVESSAMENTOS E TRANSVERSALIDADES NA QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL	34
5 ARTIGO 2 - TENTATIVAS DE ARTICULAÇÃO ENTRE AS EQUIPES DE SAÚDE MENTAL E O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF): EFEITOS PARA A QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL	63
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100
APÊNDICE A – Roteiros de entrevistas com gestores	108
APÊNDICE B – Roteiros de entrevistas com trabalhadores	116
ANEXO A – Aprovação do comitê de ética	119
ANEXO B – Termo de consentimento livre e esclarecido	120

1 INTRODUÇÃO

O desafio é o de realizar uma reversão do sentido tradicional de método – não mais um caminhar para alcançar metas prefixadas (metá-hódos), mas o primado do caminhar que traça, no percurso, suas metas (Passos e Barros, 2015, p17)

Ao revertemos o sentido do método, o caminho se torna “um ato de produção de si na ação gerúndica do caminhando” (Passos, 2013, p 215). Também podemos dizer que “o caminho se conhece andando”¹. Escolho, assim, iniciar essa dissertação narrando alguns passos da minha trajetória até chegar aqui: uma pesquisadora que está discutindo possíveis articulações entre os apoios matriciais que coexistem em Belo Horizonte (BH), Minas Gerais (MG), para a qualificação do cuidado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS). Um recorte tão extenso de ser lido há de ser fruto de alguma caminhada que, já adiante, foi sempre coletiva.

Ainda na graduação de psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, integrei o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) edição “GraduaSUS”², que buscava envolver estudantes em ações de qualificação da educação em saúde, inserindo-os nas práticas do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2018). Durante um ano, acompanhei o trabalho de uma fisioterapeuta do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Brasil, 2008), que passou a ser denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) com a nova – e controversa³ - Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017).

¹ Fragmento de música composta por Chico César, “Deus me proteja”.

² O PET-Saúde instituiu-se no âmbito do Ministério da Saúde e Ministério da Educação em 2008, tendo como pressuposto a educação pelo trabalho. Atualmente, é “uma das principais estratégias de indução de mudanças nos processos de formação profissional” (p 12), orientados pelas necessidades da população brasileira e do SUS (Brasil, 2018).

³ A PANB de 2017 foi amplamente criticada “por organizações historicamente vinculadas à defesa do SUS”, por, dentre suas inúmeras problemáticas, admitir e incentivar outras estratégias de organização da APS, com equipes tradicionais sem obrigatoriedade das ACS, o que tende ao desmonte da Estratégia de Saúde da Família (Morosini, Fonseca & Lima, 2018, p 12). Nesse contexto, as equipes de NASF passam a cobrir essas outras equipes da APS e têm o termo “apoio” retirado de sua nomenclatura, podendo interferir negativamente “no seu formato de funcionamento (que já é um desafio mesmo nas eSF), pela maior dificuldade de operar na lógica do apoio matricial com este tipo de UBS” (Melo, Mendonça, Oliveira & Andrade, 2018, p 45). Por tais motivos, assim como Santos (2019) e Silva, Silva e Oliveira (2020), optamos por utilizar o termo NASF neste estudo.

Nesse contexto, comecei a aprender sobre a dinâmica da Estratégia de Saúde da Família (ESF), organizadora da APS que visa à manutenção do vínculo e à longitudinalidade do cuidado de usuários adscritos em determinado território. Nesse nível de atenção orientado pela ESF, as ações acontecem, majoritariamente, nos Centros de Saúde (CS), onde estão situadas as Equipe de Saúde da Família (eSF) compostas por, no mínimo, médico generalista/especialista em saúde da família, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (Brasil, 2017). Tal estratégia trouxe um conceito novo de trabalho conjunto, ao propor que os profissionais se corresponsabilizem pela realização das atividades e criem espaços coletivos de diálogo (Dantas, 2014).

Aos poucos, também fui compreendendo o papel do NASF enquanto apoiador matricial. O Apoio Matricial (AM), formulado teoricamente por Gastão Wagner de Sousa Campos (Campos, 1999), é um arranjo organizacional e uma metodologia de trabalho que oferece tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, no caso, as eSF (Campos & Domitti, 2007). A equipe de referência tem a responsabilidade pela condução de um caso, encarregando-se da atenção de maneira longitudinal, mesmo quando algum tipo de apoio especializado é acionado. Já o apoiador matricial é um especialista que tem um núcleo de conhecimento distinto daquele dos profissionais de referência, podendo agregar recursos de saber e contribuir com intervenções que aumentem a capacidade resolutiva dessas equipes, qualificando-as (Campos e Domitti, 2007).

Tal proposta foi institucionalizada em 2003, quando o Ministério da Saúde implantou o Apoio Matricial em Saúde Mental (Brasil, 2003), realizado por Equipes de Saúde Mental (EqSM) em alguns municípios, visando ao aumento da capacidade resolutiva da APS e à diminuição da lógica de encaminhamentos. Desde então, o AM vem se mostrando uma resposta possível e efetiva para o cuidado em saúde mental (Chiaverini et al, 2011). Em 2008, com a criação do NASF, ampliou-se o AM para aumentar o escopo das ações da APS, bem como sua resolubilidade, contando com equipes multiprofissionais de especialistas variados que atuam junto com as eSF (Brasil, 2017). Nesse processo, a saúde mental foi indicada como um dos eixos de trabalho do NASF (Brasil, 2008). Em BH, as EqSM já existiam quando a gestão municipal optou por implementar o NASF, em 2008, sem incorporá-lo a elas. Assim, a APS belorizontina possui um arranjo peculiar, se comparado à maior parte dos municípios brasileiros, pois

possui duas estratégias matriciais simultâneas que podem realizar o cuidado em saúde mental: EqSM e NASF (Penido et al, 2018).

Enquanto estudante de extensão do PET-Saúde, eu acompanhava a minha preceptora do NASF em atendimentos individuais, visitas domiciliares com as ACS, reuniões de discussões de casos envolvendo a eSF e todos os profissionais apoiadores do NASF nos chamados “matriciamentos”, além da realização de alguns grupos de promoção à saúde realizado entre equipes. Todas essas atividades podem ser formas do AM acontecer (Campos e Domitti, 2007). Destaco que em nenhuma dessas ações eu tive a oportunidade de conhecer as psicólogas⁴ da EqSM, mesmo que estivéssemos nos mesmos CS. Ou seja, se em BH há duas formas de AM, eu só havia vivenciado uma delas até então.

Passado o ano no PET-Saúde, iniciei um estágio curricular intitulado “Clínica Ampliada na APS”. Durante um ano, estive articulada especificamente à política de saúde mental do município, experiência a partir da qual pude acompanhar algumas reuniões de matriciamento da EqSM, que são separados do NASF. Constatei que da mesma forma que eu não encontrava com as psicólogas da EqSM, quando eu estava acompanhando o NASF, eu também não me deparava com profissionais do NASF ao integrar a saúde mental. Raramente, em algumas discussões de casos, a psicóloga do NASF ou algum outro profissional eram citados, mas nunca estavam presentes. Uma exceção consistiu em um encontro entre psicólogas do NASF e da EqSM proposto pela então Referência Técnica distrital da saúde mental, no qual tais profissionais debateram calorosamente essa coexistência de apoios e alguns impasses decorrentes, como a frágil delimitação de clientela entre as psicólogas das equipes apoiadoras.

De modo paralelo à extensão e ao estágio, ingressei em um grupo de pesquisa coordenado pela professora Cláudia Penido, que estava realizando uma pesquisa guarda-chuva sobre a dimensão formativa do AM. Intitulada: “O caráter técnico-pedagógico do AM em BH-MG”, tal pesquisa busca analisar e contribuir para qualificar o caráter técnico-pedagógico das práticas matriciais do município. O enfoque em determinado aspecto do AM justifica-se porque o diferencial dessa metodologia é exatamente a

⁴ Uma pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Psicologia constatou que 88% das profissionais de psicologia em exercício no Brasil são mulheres (Lhullier, 2013). Por isso, o presente estudo opta por referir-se à totalidade de tais profissionais no feminino, sem excluir os psicólogos homens, tencionando politicamente a predominância do masculino genérico na linguagem e nas produções científicas.

possibilidade de se qualificar as ações em saúde (Bipos Jr & Moreira, 2017), contribuindo para o aumento da autonomia e da segurança dos trabalhadores da eSF (Penido, 2012).

Em andamento desde 2016, duas dissertações foram produzidas no escopo dessa pesquisa guarda-chuva, em dois distritos sanitário de BH, focando na análise da dimensão formativa do AM nas equipes de NASF (Santos, 2019) e EqSM (Pastana, 2019). A partir da observação das práticas matriciais do município e da investigação sobre as concepções dos trabalhadores acerca do diferencial do AM, corroborou-se a hipótese de que o caráter técnico-pedagógico tem sido negligenciado nas práticas matriciais belorizontinas (Santos, 2019; Pastana, 2019).

Essa iniciação científica junto à pesquisa guarda-chuva propiciou um maior entendimento sobre a teoria daquela prática que eu havia vivenciado. Com isso, as inquietações produzidas durante a minha caminhada por estradas duplas e paralelas - no NASF e na EqSM – foram qualificadas e ampliadas. Com a publicação do artigo “Saúde Mental na Atenção Básica: Dividir ou Somar Apoios Matriciais?”, por Penido e colaboradoras (2018), algumas dessas inquietações foram respondidas e explicadas, e outras tantas surgiram. Assim, escolhi abordar o contexto particular da APS de BH em uma pesquisa de mestrado, visando compreendê-lo melhor. Ressalto que, junto às experiências e questionamentos, a minha admiração pela construção do SUS de BH e o envolvimento pessoal, político e militante para com a Reforma Psiquiátrica e luta antimanicomial contribuíram para essa decisão.

Ao iniciar os estudos no Programa de Pós-Graduação em Psicologia – UFMG, meu projeto proposto integrou a pesquisa guarda-chuva já citada, sobre a dimensão formativa do AM. Com isso, toda uma trajetória de articulação com o campo e discussões coletivas que já estavam em andamento voltaram-se à discussão sobre a coexistência de EqSM e NASF em BH. Somada à minha própria caminhada, fomos traçando rotas possíveis - abertas a outros rumos e articuladas com demandas da gestão e trabalhadores - enquanto lapidávamos o problema de pesquisa.

Para se construir um problema de pesquisa, a experiência e os afetos da pesquisadora são elementos fundamentais. Tão importante quanto é o diálogo com a literatura: olhar para trás e compreender o que já foi descrito e analisado sobre o campo em questão. Assim sendo, realizamos um levantamento bibliográfico de artigos, teses e dissertações que abordam o AM em BH, atualizada em janeiro de 2021, pelo Portal

CAPES. Os termos buscados no título, resumo e assunto foram: (“apoio matricial” or “matriciamento”) and “belo horizonte”; “NASF” and “belo horizonte”; "saúde mental" and "belo horizonte" and ("atenção primária" or "atenção básica").

Ao total, encontramos dezenove produções, sendo que oito abordam exclusivamente as EqSM em BH (Coelho, 2018; Dantas, 2014; Dantas & Passos, 2018; Ferreira Neto, 2008a; Ferreira Neto, 2008b; Silveira, 2009; Paula, 2012; Pastana, 2019) e outras dez publicações enfocam o trabalho do NASF belorizontino (Araújo, 2014; Azevedo, 2012; Azevedo & Kind, 2013; Gomes et al, 2014; Guedes, 2019; Reis et al, 2012; Santos, 2011; Santos, 2019; Silva et al, 2018; Pereira, 2017). Apenas uma publicação (Penido et al, 2018) aborda o AM em BH sem focar em uma das equipes, mas pensando-as em conjunto e, inclusive, refletindo sobre os possíveis impactos dessa coexistência para o cuidado em saúde mental no território.

Ainda que não tenham como enfoque a coexistência de AM no município, algumas publicações indicam, quando abordam especificamente uma das estratégias matriciais, a existência da outra, trazendo algumas pistas sobre o nosso objeto de pesquisa (Ferreira Neto, 2008; Azevedo, 2012; Azevedo & Kind, 2013; Dantas, 2014; Dantas & Passos, 2018; Santos, 2019; Pastana, 2019). Assim, nos valeremos de tais publicações, em diálogo com a minha experiência e outras literaturas relevantes sobre a política de saúde de BH - incluindo documentos institucionais da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA-BH) - para construir a problematização que baliza esse estudo.

1.1 Problematização

Em BH, EqSM incluídas na rede municipal na década de 80, a partir de 2003 passaram a ter a função de apoiadoras matriciais (Ferreira Neto, 2008), buscando garantir que as eSF tivessem um olhar integral que englobasse inclusive a saúde mental (Moreira, 2013). Tais equipes são compostas, majoritariamente, por uma psicóloga – o que leva ao questionamento do termo “equipe” - mas podem contar com psiquiatras e assistentes sociais (Pastana, 2019). De acordo com estudos que abordam as EqSM belorizontinas, seu público alvo é caracterizado por usuários com sofrimento mental grave, psicóticos e neuróticos graves (Dantas, 2014; Penido et al, 2018).

Em 2008, as equipes de NASF foram implantadas no município (Coimbra et al, 2010) e os profissionais das EqSM não foram absorvidos por essa estratégia matricial, diferentemente do que aconteceu em outras cidades (Penido et al, 2018). Nesse ponto, destacamos que nem toda equipe de NASF possui psicólogas, mas quando possui, deve-se priorizar o atendimento de casos leves, articulados com a reabilitação, ou o “resto” das demandas que as EqSM não abarcam (Azevedo, 2011; Penido et al, 2018). De toda forma, considerando que “todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde” (Brasil, 2009, p 36), podemos afirmar que as formas possíveis de organização do cuidado em saúde mental na APS de BH foram ampliadas com a criação do NASF no município (Penido et al, 2018), mesmo quando não há psicólogas integrando tais equipes.

Portanto, em BH é possível haver duas fontes de apoio às eSF no que diz respeito à saúde mental, de forma paralela e segundo diferentes prioridades (Penido et al, 2018), como indicado na Figura 1. Apesar de estarem juntos na APS de BH, NASF e EqSM estão separados em suas práticas (Azevedo, 2011; Dantas, 2014; Penido et al 2018). Tais estratégias pertencem a diferentes coordenações no nível central de gestão e possuem distintos referenciais teóricos que sustentam as suas respectivas políticas, como a luta antimanicomial e psicanálise, no caso da EqSM, e a promoção da saúde e reabilitação, no caso do NASF (Penido et al, 2018). A tentativa de diferenciação e divisão de clientela entre as psicólogas da EqSM e do NASF, anteriormente indicada, é considerada frágil e conflituosa pela literatura (Azevedo & Kind, 2014; Dantas & Passos, 2018; Penido et al 2018), o que é reafirmado pela minha experiência prévia na APS de BH.



Figura 1. Organização das EqSM e NASF em BH

A Figura 1 ilustra não só as diferenças entre EqSM e NASF, mas também um distanciamento, corroborando os achados de Azevedo (2011), Dantas (2014) e Penido et al (2018), que descrevem a falta de articulação entre NASF e EqSM em BH. Nesse contexto, Dantas (2014) defende a necessidade de integração entre os apoiadores, uma vez que EqSM e NASF trabalham na perspectiva do AM, apoiando as mesmas eSF (Dantas, 2014). Para Penido et al (2018), a atuação desarticulada entre EqSM e NASF muitas vezes reforça um encaminhamento burocrático entre as diferentes estratégias matriciais, sustentando uma prática incoerente com os próprios princípios da metodologia matricial e dificultando o acesso dos usuários ao serviço.

Além disso, as produções de Santos (2019) e Pastana (2019) apresentam algumas pistas que apontam para possíveis consequências da coexistência desarticulada de duas estratégias matriciais no município para a qualificação do cuidado em saúde mental. Santos (2019), por exemplo, identificou nas reuniões matriciais do NASF a presença de preconceito direcionado a usuários atendidos pela EqSM, sem que os profissionais presentes fizessem intervenções pedagógicas que pudessem permitir reflexões sobre as falas preconceituosas. Para a autora, há uma fragilidade na qualificação para o cuidado em saúde mental na APS do município (Santos, 2019). Assim, questiona, acerca do NASF: “se nem os apoiadores lidam com esses usuários, como poderiam eles aumentar a segurança da EqSF para lidar com esses casos?” (Santos, 2019, p 75). Tal achado dialoga com Dantas (2014), que indica haver uma dificuldade do NASF belorizontino em delimitar sua responsabilidade no que se refere à saúde mental. A autora (Dantas, 2014), assim como Azevedo (2012) e Penido et al (2018) compartilham da hipótese de que essa situação remete ao histórico da organização das ações de saúde mental na APS em BH, uma vez que a EqSM já estava consolidada quando o NASF foi implantado.

Pastana (2019) também discorre sobre a temática, quando descreve uma reunião de matriciamento na qual um profissional do NASF informou que não incluiria um usuário com sofrimento mental grave em um grupo de promoção à saúde, sob a justificativa de que ele “daria muito trabalho”. Ainda nesse caso, outra profissional do NASF indicou que o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) realizava um grupo com o mesmo propósito. Para o autor, tal situação “aponta para a noção de que o acompanhamento do usuário em sofrimento mental deve ser realizado integralmente pelo serviço especializado em saúde mental, sem considerar se o usuário está em crise ou não,

se a demanda atual é predominantemente orgânica ou psíquica” (Pastana, 2019, p 62). Para desconstruir tal compreensão que atualiza o estigma da loucura, de acordo com Pastana (2019), o AM é uma ferramenta potente, pois visa reformular práticas que foram “historicamente instituídas e centralizam o saber sobre o sofrimento mental nas categorias profissionais psi, desresponsabilizando outras categorias profissionais para o cuidado ao usuário em sofrimento mental” (Pastana, 2019, p 66). Porém, a manutenção de um AM voltado especificamente para a saúde mental, que não se articula com o NASF, não poderia contribuir para o entendimento de que o cuidado de usuários com sofrimento mental cabe apenas a alguns profissionais específicos e, como consequência, fomentar uma desresponsabilização do NASF no que tange à saúde mental, além de interferir na pretendida qualificação das eSF para o cuidado integral de tais usuários?

Ao mesmo tempo, tal arranjo não limitaria, também, as ações da própria EqSM? Pastana (2019, p58) indicou que “a utilização do AMSM está aquém das suas possibilidades”, a partir da constatação de que, nos matriciamentos da saúde mental, vários casos eram apenas encaminhados para os apoiadores, havendo priorização de ações assistenciais individuais pelo especialista, em detrimento de práticas compartilhadas, o que também é evidenciado por Dantas (2014). Nesse contexto, essa autora problematiza a pouca participação de outras categorias profissionais não psi nas discussões e nas ações propostas para os casos, bem como a ausência delas na composição das EqSM: “já que a interdisciplinaridade está na pauta das discussões em todos os âmbitos da saúde pública, por que outras profissões, além das tradicionais psis, não fazem parte desta equipe?” (Dantas, 2014, p 85). Afinal, espera-se que o AM seja potente para incluir o usuário com sofrimento mental na APS, possibilitando, inclusive, a sua integração nas ações de promoção de saúde e reabilitação psicossocial, não apenas o tratamento de suas demandas relacionadas ao transtorno mental (Brasil, 2010). Assim, os profissionais de diferentes categorias profissionais que fazem parte do NASF não poderiam potencializar as discussões de casos da EqSM e a construção de projetos terapêuticos singulares mais integrais, considerando que os usuários possuem demandas de saúde diversas?

Outros dados encontrados na pesquisa guarda-chuva indicam que o matriciamento é um processo de construção no qual a integralidade está no horizonte. Ao mesmo tempo, foi identificado que a ausência de um espaço de discussão em comum entre NASF e EqSM não colabora para intervenções pautadas nessa integralidade, principalmente na abordagem dos usuários com sofrimento mental grave. Porém, foi encontrado um

movimento que busca romper com tal desarticulação: a existência, nos distritos pesquisados, de algumas situações de encontro entre os apoiadores matriciais das diferentes estratégias. Essa são experiências instituintes (Lourau, 2003) no município, pelo que apresentam de inovador e potencialmente transformador da desarticulação entre equipes apoiadoras instituída em BH.

Diante do exposto, ainda que Azevedo (2012) e Dantas (2014) façam apontamentos sobre a coexistência de AM em BH e o artigo de Penido et al (2018) tenha sido um avanço no entendimento dessa temática, nenhuma dessas produções analisam tentativas de articulação entre EqSM e NASF ou ponderam sobre possíveis impactos desse contexto para a qualificação do cuidado em saúde mental, que é o diferencial do AM. Ao mesmo tempo, as pesquisas realizadas no âmbito do projeto guarda-chuva focaram na dimensão formativa do AM, mas o fizeram de modo separado, uma delas no NASF (Santos, 2019) e outra na EqSM (Pastana, 2019), sem considerar efeitos da coexistência de apoios e suas possíveis aproximações e distanciamentos.

Portanto: 1) se consideramos que o AM é importante para a atenção em saúde mental na APS por qualificar o cuidado; 2) se a coexistência desarticulada entre EqSM e NASF é peculiar e pode implicar em algumas limitações para essa qualificação; e 3) se existem algumas possibilidades de articulação entre tais equipes; então, é importante que se busque entender melhor quais são as potencialidades e fragilidades de possíveis articulações entre EqSM e NASF em BH, ao longo da história e na atualidade. Ao desnaturalizar tal arranjo belorizontino de dois AM simultâneos na APS, que majoritariamente não se articulam, este estudo pode contribuir para ampliar o capital analítico e de intervenção de gestores, apoiadores matriciais e eSF de BH, assim como propõe o estudo de Penido et al (2018). Ademais, a presente pesquisa produz conhecimento sobre práticas existentes e seus desdobramentos sobre o cuidado em saúde mental na APS, ampliando a compreensão de como a diversidade de contextos e experiências de gestão em saúde contribuem para a pluralidade de formas e resultados de implementação da Política Nacional de Atenção Básica (Penido et al, 2018).

2 OBJETIVOS

Essa pesquisa tem como objetivo geral: Analisar se e como possíveis articulações entre os AM que coexistem em BH refletem na qualificação do cuidado em saúde mental na APS.

Para alcançá-lo, dois objetivos específicos são propostos:

1) Investigar o histórico de implementação dos AM que coexistem em BH, com enfoque nas possíveis tentativas de articulação e distanciamentos entre as respectivas gestões.

2) Analisar os limites e potências das tentativas atuais de articulação entre os AM que coexistem em BH e seus possíveis efeitos para a qualificação do cuidado em saúde mental.

3 NOTAS SOBRE O MÉTODO

Como já indicado, esse estudo integra uma pesquisa guarda-chuva sobre a dimensão formativa do AM, sendo aprovadas pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais – CAAE: 71332917.3.0000.5149 e pela Prefeitura Municipal de Belo Horizonte MG – CAAE: 71332917.3.3001.5140. São ambas pesquisas-intervenção de cunho qualitativo, participativo e formativo, respaldadas pela Análise Institucional.

Assim, nessas notas sobre o método apresentaremos o nosso referencial teórico-metodológico para, em seguida, discutirmos sobre a pesquisa-intervenção. Por fim, os percursos metodológicos serão narrados ao compartilharmos a organização da dissertação, as técnicas de coprodução e análise de dados realizadas, bem como os efeitos da pandemia decorrente da Covid-19⁵ para a nossa caminhada.

3.1 Referencial teórico-metodológico: A Socioanálise

A Análise Institucional se constituiu a partir de um conjunto de disciplinas e movimentos da sociedade francesa a partir dos anos 40 (L'Abbate, 2013). Esse paradigma pode ser entendido como uma rede polimórfica de saberes e práticas que se aproximam pela incursão em diferentes espaços de saber, interesse pela problematização do que parece natural, reflexão sobre as relações de poder que permeiam a produção do conhecimento e a alusão a movimentos de caráter libertário (Rodrigues, 2006). No Brasil, sua chegada se dá a partir da década de 70, marcada pela heterogênesse em mesclas de perspectivas francesas, argentinas e nativas, principalmente em articulação com o campo psi (Cunha, Dornas e Rodrigues, 2006). Para essa pesquisa, lançaremos mão, principalmente, dos conceitos operadores propostos por René Lourau, um dos fundadores franceses da vertente socioanalítica da Análise Institucional. Porém, considerando as interseções brasileiras com a vertente esquizoanalítica, também iremos dialogar com pistas cartográficas (Passos & Barros, 2015).

⁵ A Covid-19 é uma doença infecciosa causada pelo corona vírus SARS-CoV-2, identificado pela primeira vez na China em dezembro de 2019. Em março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou estado de pandemia, considerando a disseminação geográfica rápida da Covid-19. Dentre as medidas de proteção ao vírus estavam: lavar as mãos frequentemente com água e sabão ou álcool em gel, distanciamento social e manter-se a pelo menos 1 metro de distância das outras pessoas e uso de máscara, quando o distanciamento físico não fosse possível. Até 05/07/2021, 18,8 mil casos foram confirmados no Brasil, com 524 mil óbitos registrados. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/>; <https://www.paho.org/pt/covid19>

De acordo com Lourau (1993), instituição é “um conceito produzido por e para análises coletivas” (Lourau, 1993, p 61). Assim, não designa coisas concretas, não é observável, mas uma dinâmica contraditória construindo-se na e em história (Lourau, 1993). Propõe-se que há três momentos institucionais: o primeiro diz respeito ao universal, ideológico, instituído, ou seja, a ordem estabelecida, valores, modos de representação e organização consideradas normas. Outro momento, particular, libidinal, instituinte - a capacidade de inovação, a contestação. O terceiro momento é singular, organizacional, da institucionalização (Lourau, 2004a), que é o devir, a história, “o produto contraditório do instituinte e do instituído, em luta permanente” (Lourau, 1993, p 12); é o que encarna a forma social presente. Assim, de acordo com Lourau (2004a), a corrente institucionalista tem como ênfase a relação antagonista entre o instituído, o instituinte e os processos ativos de institucionalização. A instituição, seria, pois, o movimento dialético e transversal entre esses três componentes. Portanto, a instituição não é uma organização, ou um dispositivo dentro de uma organização: a instituição atravessa todos os níveis de uma formação social determinada, portanto, é definida pela transversalidade (Lourau, 2004a).

Dentre o que atravessa o campo de análise, compreende-se que há uma face escondida e é isso que a Análise Institucional se propõe a investigar (Lourau, 2004b). Assim, para a pesquisa que utiliza a Análise Institucional como referencial teórico metodológico, um dos objetivos é desnaturalizar o instituído. Para isso, é preciso ir nas origens, na fundação da instituição. De acordo com Hess (2004), “um dos eixos do pensamento de Lourau é a definição da lógica da fundação institucional, a institucionalização, que determina, a seguir, a sobrevivência da instituição” (Hess, 2004, p 25). Tal momento fundador é sempre reativado (Hess, 2004).

Ainda na lógica de desnaturalizar, os analisadores são a base para a Análise Institucional. Pode ser uma pessoa, um acontecimento; o analisador é um dispositivo que provoca a revelação do que estava escondido. Assim, por meio de manifestações de conflito, de não conformidade com o instituído, as contradições ficam à mostra. Além de sua face reveladora, o analisador também age como um catalisador, modificando as relações de força constitutivas das formas de representação instituída”, o que lhe confere também uma dimensão política (Lourau, 2004c). Para Lourau (2004b), todas as situações de análise e de intervenção estão baseadas no manejo de tais analisadores; sendo “o analisador que realiza a análise” (Lourau, 2004b, p 69).

Outro conceito imprescindível é o da análise da implicação. De acordo com Lourau (2004d), implicação diz respeito às relações estabelecidas com as diversas instituições que atravessam os indivíduos; portanto, não é sinônimo de engajamento, não possui uma noção utilitarista do termo. Implicar-se com instituições é uma condição de produção, está sempre ali. Por isso, o que se deve preocupar é com a análise dessas implicações (Lourau, 2004c). Assim, partindo do pressuposto de que não há neutralidade científica, sugere-se que a pesquisadora faça essa análise da implicação, libidinal, material, política. Ademais, a análise das implicações deve ser feita não só de modo individual, mas coletivo (Lourau, 1993).

3.2 A Pesquisa-Intervenção

No Brasil, a pesquisa intervenção configura-se como uma inflexão da Análise Institucional (Rossi & Passos, 2014). Essa é uma forma de fazer pesquisa que não aposta em uma dicotomia entre teoria e prática, sujeito e objeto. Considera, assim, que conhecimento e ação sobre a realidade são constituídos no curso da pesquisa de acordo com as análises e decisões coletivas. Nesse sentido, busca-se que a comunidade participante tenha presença ativa (Rocha, 2006), ampliando as condições de um trabalho compartilhado (Rocha & Aguiar, 2003). Penido e Machado (2017) destacam, ainda, que, na pesquisa-intervenção, “os processos são prioritários em relação a resultados, de tal forma que a garantia de um procedimento ético, participativo, colaborativo, cooperativo, facilitador da emancipação e da autonomia importa mais que atingir objetivos predeterminados” (Penido & Machado, 2017, p 31).

Nesse sentido, a pesquisa guarda-chuva sobre a dimensão formativa do AM buscou construir um dispositivo para concretizar os pressupostos da pesquisa-intervenção: o Coletivo Ampliado de Pesquisadores (CA). Composto por trabalhadores e gestores da rede, pesquisadores e estudantes, tal coletivo se encontra em reuniões bimestrais e contribui para algumas deliberações da pesquisa-intervenção e para a ampliação das análises realizadas. A criação desse coletivo teve o intuito de possibilitar a participação de sujeitos envolvidos na prática matricial, fazendo com que o desenvolvimento da pesquisa acontecesse de forma participativa (Santos, 2019). De acordo com Santos (2019), isso possibilita “um campo de negociação das demandas dos

pesquisadores e dos sujeitos envolvidos, que em última instância passaram a ser pesquisadores também” (Santos, 2019, p 40).

Assim, pelos pressupostos da pesquisa-intervenção, reafirmo que essa é uma produção coletiva. Por isso, a escrita dessa dissertação se dá, majoritariamente, na primeira pessoa do plural.

3.3 Organização da dissertação

Além da introdução, objetivos e notas sobre o método, esta dissertação consiste em dois artigos (Quadro 1) e considerações finais.

Quadro 1.

Artigos que integram a dissertação

Artigo	Objetivo que visa responder	Técnicas de coprodução e análise de dados
1	Investigar o histórico de implementação dos AM que coexistem em BH, com enfoque nas possíveis tentativas de articulação e distanciamentos entre as respectivas gestões.	<ul style="list-style-type: none"> • Levantamento bibliográfico de artigos, teses e dissertações • 4 entrevistas individuais com gestores do NASF e saúde mental • Busca por analisadores • Discussão com o Coletivo Ampliado de Pesquisadores
2	Analisar os limites e potências das tentativas atuais de articulação entre os AM que coexistem em BH e seus possíveis efeitos para a qualificação do cuidado em saúde mental.	<ul style="list-style-type: none"> • 9 observações em situações de articulação entre NASF e AMSM • 7 entrevistas online individuais ou coletivas com profissionais que participaram das situações de encontro entre NASF e SM • Busca por analisadores • Discussão com o Coletivo Ampliado de Pesquisadores

O primeiro artigo aborda o histórico de implementação do AM em BH, tanto EqSM quanto NASF. Relaciona-se mais intimamente, pois, com o primeiro objetivo específico: investigar o histórico de implementação dos AM que coexistem em BH, com enfoque nas possíveis tentativas de articulação e distanciamentos entre as respectivas gestões. Para a sua produção, analisamos quatro entrevistas (Tedesco, Sade & Caliman, 2013) que foram realizadas pela pesquisa guarda-chuva anteriormente: uma com a coordenação do NASF à época de sua implantação em BH e uma com a atual coordenação do NASF no município; uma com a coordenação da saúde mental na época da implementação da EqSM em BH e uma com a atual coordenação da saúde mental no município. A partir da busca de potenciais analisadores (Lourau, 2004b), os atravessamentos institucionais e transversalidades que perpassam a sustentação da coexistência de AM desarticulada em BH são discutidos.

No segundo artigo, buscamos analisar os limites e potências das tentativas atuais de articulação entre os AM que coexistem em BH e seus possíveis efeitos para a qualificação do cuidado em saúde mental. Para isso, realizamos observações (Passos & Eirado, 2013) de tais situações de encontro, além de entrevistas *online* individuais ou coletivas (Sade, Barros, Melo & Passos, 2013) com alguns profissionais que delas participaram, sendo a análise coletivamente construída a partir de analisadores (Lourau, 2004b).

Por fim, encontramos pontos transversais presentes em ambos artigos para sumarizar, nas considerações finais, pistas sobre como a qualificação do cuidado em saúde mental é afetada pelas possíveis articulações entre os AM que coexistem em BH, bem como possibilidades de enfrentamento aos desafios encontrados.

3.4 Impactos da pandemia para o percurso metodológico

Até aqui narramos a trajetória de construção desta pesquisa e a forma que, após caminhos andados, ela enfim se configurou. Mas qualquer leitor ou leitora que se atente à sua data de defesa e publicação, 2021, estranharia a ausência de notas sobre um acontecimento: a pandemia decorrente da Covid-19. Assim sendo, não poderíamos deixar de compartilhar que diversas rotas foram modificadas, modos de fazer foram reinventados no percurso desta pesquisa, devido ao contexto sanitário mundial que todos vivenciamos em 2020 e 2021.

O campo de pesquisa, a APS, foi muito impactada em BH, o que não se constituiu exceção no cenário nacional. Dentre as estratégias de enfrentamento à Covid-19, está a reorganização da rede e redefinição dos papéis dos diferentes níveis de atenção. No caso da APS, mesmo sendo limitada para atuar em casos graves e moderados, é necessária para a diminuição da incidência da infecção na população adscrita, impactando na diminuição da morbimortalidade, e para amenizar efeitos sociais do distanciamento social (Daumas et al, 2020). Assim, defende-se que a APS seja protagonista no enfrentamento à Covid-19, por ter capacidade de detectar casos leves e tratá-los; encaminhar casos graves rapidamente; identificar e buscar formas de enfrentamento a problemas decorrentes do isolamento, como aumento de violência doméstica; realizar atendimentos de telemedicina; além de realizar educação em saúde para o combate de *fake news* (Cabral et al, 2020). Nesse contexto, a APS também deve manter cuidados de saúde para outros agravos (Daumas et al, 2020).

Especificamente em BH, capacitar profissionais da APS para atuar no contexto de pandemia foi desafiador, considerando a amplitude da rede e a necessidade de distanciamento social (Guimarães, Carvalho, Bernardes e Pinto, 2020). De acordo com Guimarães, Carvalho, Bernardes e Pinto (2020), novos profissionais integraram as eSF do município, enquanto trabalhadores acima de 60 anos, gestantes e profissionais com doenças imunodepressoras foram afastados preventivamente do trabalho. Cada CS foi capacitado para atender pacientes suspeitos da infecção pela Covid-19 e buscou-se auxiliar as equipes da APS a organizar os cuidados de usuários com doenças crônicas (Guimarães, Carvalho, Bernardes e Pinto, 2020).

Diante desse panorama, destaca-se que profissionais da APS podem estar expostos a pacientes infectados ou com suspeita de infecção por Covid-19, sendo assim submetidos a risco de adoecimento e estresse (Teixeira et al, 2020). Dificuldades de profissionais da APS podem ter aumentado durante a pandemia, incluindo o sofrimento mental decorrente de medo de ser infectado, separação da família por necessidade de isolamento, sobrecarga física e mental, luto pelas perdas de pacientes e colegas, ausência de EPI, etc. (Damasceno & Mercês, 2020). Profissionais de saúde também podem estar vivenciando sentimento de impotência, ansiedade em assumir papéis clínicos novos ou desconhecidos, considerando sempre a heterogeneidade da força de trabalho em saúde, que possui atravessamentos de gênero, raça e classe social, gerando impactos diferenciados (Teixeira et al, 2020).

Além disso, desafios impostos pela restrição de orçamento ao SUS e, em específico, à APS, aumenta a sobrecarga desse nível de atenção, que já estava vivendo momento de instabilidade e precarização (Cabral et al, 2020). Assim, questionamos se haveria pertinência, interesse e até mesmo possibilidade de convidar tais profissionais a debater a temática desta pesquisa – não diretamente relacionada à pandemia – diante desse contexto que demanda grande esforço dos profissionais de saúde e pode gerar sofrimento mental. Em conversas com os trabalhadores e gestores, identificamos que sim. Passamos, então, a nos perguntar como faríamos e quais cuidados seriam necessários.

Algumas técnicas de produção de dados inicialmente consideradas foram impactadas por esse panorama. Por exemplo, a proposta inicial para o segundo artigo seria a realização de grupos de reflexão inspirados em grupos focais (Santos, 2019), com 6 a 12 participantes. Porém, como promover um encontro entre pessoas em um contexto no qual se faz necessário o distanciamento social? Mesmo se quiséssemos propor tal encontro, notas técnicas produzidas pela própria SMSA-BH indicaram a paralisação de atividades coletivas presenciais, visando conter os riscos da pandemia. Algumas dessas atividades, como reuniões, deveriam acontecer de forma remota (Belo Horizonte, 2020). Assim, optamos por realizar as entrevistas do artigo 2 de forma remota, pelo Google Meets, plataforma de videoconferência gratuita, de fácil acesso e que a SMSA-BH estava utilizando para manter algumas de suas atividades.

Nesse processo, pesquisamos sobre a realização de grupos focais online e compreendemos que essa técnica de produção de dados poderia ser uma alternativa, pela modalidade síncrona (ou seja, em tempo real) por videoconferência (Fox, 2019). Porém, como aconteceria em horário de trabalho no próprio CS, a logística para vários profissionais utilizarem os notebooks, webcam, microfone e internet do serviço, em um local silencioso o suficiente e em determinado horário marcado nos pareceu demasiado ambiciosa e complexa para superar alguns desafios dos GFO (Fox, 2019). Optamos, portanto, por realizar entrevistas online individuais ou coletivas (Sade, Barros, Melo & Passos, 2013) com, no máximo, dois entrevistados. É preciso assumir, entretanto, que embora a escolha seja adequada ao referencial teórico e ao objetivo da pesquisa, ela se deveu à interferência da pandemia.

As reuniões do CA continuaram a acontecer também de forma remota por meio de videoconferência. Inclusive, tais encontros foram essenciais para as reformulações realizadas. Gestores e trabalhadores da ponta nos atualizaram bimestralmente, em 2020,

sobre a situação do campo, cuidados e formas de enfrentamento à pandemia, e também as dificuldades vivenciadas. Assim, a realidade da qual estávamos distantemente fisicamente foi aproximada por outros meios. Da mesma forma, as reuniões semanais com o grupo acadêmico da pesquisa, composto por estudantes da graduação, pós-graduação e psicólogas já formadas, continuou acontecendo virtualmente e também foram imprescindíveis para o prosseguimento dessa pesquisa, produzindo análises coletivas, alternativas frente aos rearranjos necessários e, também, acolhimento.

Inicialmente, a aversão pelo virtual e pela ausência do contato presencial regado ao calor dos afetos geraram frustrações e sentimentos de incerteza. Aos poucos, fomos compreendendo que tais encontros – as reuniões online do CA, do grupo de pesquisa, as entrevistas remotas – eram os encontros possíveis e, portanto, os melhores que conseguiríamos realizar. O “possível” foi acolhido com a flexibilidade que a pandemia demanda de todos nós e, dele, construímos espaços de trocas e compartilhamentos que permitiram a construção de novas rotas metodológicas e a produção coletiva do conhecimento aqui apresentado.

4 ARTIGO 1 - IMPLEMENTAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE APOIO MATRICIAL EM BELO HORIZONTE-MG: ATRAVESSAMENTOS E TRANSVERSALIDADES NA QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

RESUMO: O cuidado em saúde mental (SM) na Atenção Primária à Saúde (APS) de Belo Horizonte (MG) conta com Equipes de Saúde Mental (EqSM) - sob gerência da saúde mental – e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) - sob gerência da APS. Buscamos investigar o histórico de implementação dessas equipes de apoiadores matriciais que coexistem em BH, com enfoque nas possíveis tentativas de articulação e distanciamentos entre as respectivas gestões. Essa é uma pesquisa-intervenção de cunho participativo e formativo. Realizamos um levantamento bibliográfico e entrevistamos 1 gestor antigo e 1 atual da SM; 1 gestor antigo e 1 atual do NASF. As entrevistas foram analisadas individualmente e entre si para facilitar a busca por analisadores, operador socioanalítico. Um Coletivo Ampliado de Pesquisadores participou de todo o processo da pesquisa. A existência de psicólogas tanto na EqSM quanto no NASF, analisador do distanciamento entre as gestões, desvelou que esse arranjo tornou possível a manutenção dos distintos referenciais teórico-políticos instituídos em cada estratégia matricial. Um dos atravessamentos institucionais que sustentam o distanciamento entre gestões é o receio, por parte da gestão de SM, de perder o “controle” da orientação antimanicomial, o que pode ter contribuído para resistir a retrocessos na saúde mental. Porém, a falta de articulação entre a EqSM e o NASF tende a corroborar o especialismo, podendo dificultar a qualificação do cuidado em saúde mental na APS. A articulação transversal entre as gestões da SM e NASF pode contribuir para sustentar o apoio matricial e ampliar a orientação antimanicomial na APS.

Introdução

Ao longo da história, o Sistema Único de Saúde (SUS) de Belo Horizonte (BH), Minas Gerais (MG), vem sendo construído de forma coletiva e inovadora (Campos, 1998). Desde a década de 90, há relatos de experimentações tanto na Atenção Primária à Saúde (APS) (Veloso & Matos, 1998) quanto no cuidado em saúde mental (Lobosque & Abou-Yd, 1998), resultando em algumas particularidades ao SUS de BH. Atualmente,

uma especificidade do cuidado em saúde mental no município diz respeito à sustentação simultânea de duas estratégias na APS que se organizam pelo Apoio Matricial (AM).

O AM é uma proposta em que uma equipe generalista – no caso de BH, as Equipes de Saúde da Família (eSF) – é responsável pela condução longitudinal dos casos, e, para aumentar sua resolutividade e qualificar suas ações, recebe apoio de outra equipe composta por especialistas (Campos & Domitti, 2007). Tal apoio se dá através da retaguarda assistencial, ou seja, a equipe apoiadora realiza atendimentos individuais e coletivos diretamente aos usuários, e também pela dimensão técnico-pedagógica, caracterizada por um processo de ensino e aprendizagem mútuo entre equipes (Santos, 2019; Pastana, 2019). É preciso que haja uma construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre as equipes para que o AM aconteça (Campos & Domitti, 2007).

Na maior parte dos municípios brasileiros, existe apenas a estratégia matricial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Brasil, 2008). Em BH, além da equipe multiprofissional do NASF, há a Equipe de Saúde Mental (EqSM), que conta predominantemente com psicólogas e psiquiatras lotadas na APS anteriormente à portaria do NASF e que se mantiveram após a implementação deste. Destacamos, nesse ponto, que nem todas as equipes de NASF possuem psicólogas, diferentemente das EqSM. De toda forma, consideramos que ambas estratégias podem produzir cuidado em saúde mental, assim como Penido et al (2018).

Portanto, há ampliação da oferta de atenção nessa linha de cuidado na APS belorizontina (Azevedo, 2011; Ferreira Neto, 2008a). Ao mesmo tempo, a literatura aponta algumas consequências decorrentes da coexistência de AM para a atenção em saúde mental no território, como a falta de articulação entre equipes e dificuldade de delimitação da clientela entre as estratégias matriciais, que podem prejudicar o acesso dos usuários ao serviço (Azevedo, 2012; Dantas, 2014; Penido et al, 2018). Penido et al (2018) e Dantas (2014) compartilham a hipótese de que essas problemáticas remetem ao histórico da organização das ações das EqSM na APS em BH, que já estava bem consolidada quando o NASF foi implementado. Azevedo (2012) aponta que a experiência de equipes apoiadoras matriciais com foco em reabilitação, precursora do NASF em BH, também traz pistas para o entendimento de questões contemporâneas da APS da rede municipal.

No escopo de tal debate, o estudo de Penido et al (2018), que remonta o histórico de implementação dos AM em BH, explica que a EqSM e o NASF pertencem a diferentes coordenações no nível central de gestão e possuem distintos referenciais teóricos que sustentam as suas respectivas políticas, como o referencial antimanicomial e a psicanálise, no caso da EqSM, e a promoção da saúde e reabilitação, no caso do NASF (Penido et al, 2018). O presente estudo busca aprofundar essa discussão junto a alguns gestores municipais da saúde mental e do NASF, investigando atravessamentos e transversalidades institucionais presentes no histórico de implementação das estratégias matriciais que coexistem em BH, com enfoque nas possíveis tentativas de articulação e distanciamentos entre eles. Pretendemos, assim, contribuir com o processo crítico-reflexivo das experimentações municipais no âmbito do cuidado em saúde mental, caro para a continuidade da potente construção do SUS municipal – o que também poderá instigar movimentos reflexivos em outros municípios brasileiros, no que tange a possibilidades de arranjos da APS para o cuidado territorial e integral aos usuários com sofrimento mental.

Método

Este estudo integra uma pesquisa guarda-chuva sobre “O caráter técnico-pedagógico do AM em BH”, a qual é coordenada pela segunda autora do presente estudo. São ambas, pesquisas-intervenção, formativas e participativas (Rocha & Aguiar, 2004) respaldadas pelo referencial teórico-metodológico da Análise Institucional Socioanalítica (Lourau, 1993). Foram aprovadas pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – CAAE: 71332917.3.0000.5149 e pela Prefeitura Municipal de Belo Horizonte MG – CAAE: 71332917.3.3001.5140.

Os processos de produção e análise de dados podem ser divididos em três etapas. Na primeira, realizamos um levantamento de documentos institucionais, artigos, teses e dissertações que abordassem a constituição tanto da EqSM quanto do NASF em BH. Com isso, foi possível descrever o histórico instituído de implementação de cada estratégia matricial no município.

Para ampliar tal descrição, desvelando jogos de forças presentes nesse histórico, no segundo momento da pesquisa trabalhamos com quatro entrevistas (Tedesco, Sade & Caliman, 2013) realizadas no segundo semestre de 2018 ou no primeiro semestre de 2019

(Apêndice A), com o seguintes gestores: 1) O responsável pela coordenação da saúde mental à época da implementação da EqSM em BH; 2) A atual gerência da saúde mental no município; 3) O responsável pela coordenação do NASF na época de sua implantação em BH; e 4) A atual coordenação do NASF no município. Destacamos que os antigos gestores tanto da saúde mental quando do NASF permaneceram, após as respectivas saídas dos cargos de coordenação, com algum envolvimento com as políticas de saúde do município, contribuindo também com reflexões da atualidade. Da mesma forma, os atuais gestores da saúde mental e do NASF possuem algum conhecimento de tais políticas mesmo antes de assumirem seus cargos.

Ressaltamos ainda que as entrevistas foram registradas em gravação de áudio e posteriormente transcritas, mediante consentimento expresso dos participantes e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Por fim, considerando o compromisso ético de garantia do sigilo e que a análise se dá no campo do institucional, buscamos não identificar os gestores entrevistados. Algumas de suas falas ou expressões serão inseridas na íntegra, sempre indicadas por meio de aspas. Esse recurso de escrita, ainda que não seja tradicional, foi proposta para menor fragmentação textual e, condizente com o referencial teórico-metodológico, maior movimento dialógico entre pesquisadoras e interlocutores.

Para a análise das entrevistas, nos respaldamos pelos conceitos operativos socioanalíticos. Para a Socioanálise, as instituições atravessam “todos os níveis dos conjuntos humanos”, pertencendo “a todos os níveis da análise: no nível individual, no da organização (hospital, escola, sindicato), no grupo informal bem como no formal” (Lourau, 2004b, p. 71). Além disso, as instituições são produzidas na história e caracterizadas pelo movimento, não sendo fixas ou eternas (Lourau, 2004d). Porém, pode acontecer uma naturalização das instituições quando há a dominação do instituído fundado no esquecimento das suas origens (Lourau, 2004b). Apesar disso, o momento fundador da instituição é sempre reativado, de alguma forma, em seu cotidiano (Hess, 2004). A Análise Institucional visa, pois, interrogar o ato de instituir que definiu a instituição (Lourau, 2004d). Nesse sentido, os analisadores são o que realizam a análise das instituições (Lourau, 2004b, p 69), consistindo em dispositivos diversos que, por meio de manifestações de conflito e de não conformidade com o instituído, provocam a revelação do que estava escondido, agindo também como catalisadores, modificando as relações de força constitutivas das formas de representação instituída (Lourau, 2004c).

Diante disso, coproduzimos dois processos analíticos simultâneos: uma sistematização dialógica e uma busca por analisadores (Lourau, 2004c). Para a sistematização houve um esforço no sentido de fazer as entrevistas conversarem entre si, embora elas tenham sido realizadas individualmente. Primeiramente, cada entrevista foi analisada separadamente. Em seguida, as entrevistas foram analisadas umas em relação às outras, de modo a garantir que toda entrevista fosse analisada em diálogo com as demais: cada gestor da saúde mental foi posto em diálogo com cada gestor do NASF, e os gestores do NASF entre si, bem como os gestores da saúde mental entre si. Portanto, foi construído um processo de análise que buscou encontrar tensões intra e inter entrevistas, apostando que essa intervenção nos facilitaria a produção de conhecimento sobre os atravessamentos e transversalidades institucionais presentes. A busca por analisadores (Lorau, 2004c) se deu ao longo do processo, sempre de forma coletiva com triangulação de pesquisadores.

Os conceitos de atravessamento e transversalidade, utilizados no escopo desse estudo, se baseiam na leitura institucionalista de Baremlitt (1992), tal como apresentada por Simonini e Romagnoli (2018):

Por atravessamento ele [referem-se a Baremlitt] considerará a interpenetração dos elementos a serviço do instituído, da resistência, da reprodução, enquanto, por sua vez, considerará a transversalidade como sendo a interpenetração entre as diferentes forças comprometidas com a novidade, com a inovação e com as rupturas das lógicas estabelecidas; forças estas qualificadas como instituintes (Simonini & Romagnoli, 2018, p. 925)

Na terceira etapa de produção e análise dos dados, discutimos tais entrevistas com um Coletivo Ampliado de Pesquisadores (CA) composto por trabalhadores, gestores da rede e pesquisadores convidados, além dos estudantes e coordenadora geral da pesquisa. Este coletivo foi formado desde o início da pesquisa guarda-chuva tanto para discutir bimestralmente os projetos de pesquisa a ela vinculados quanto para analisar os dados produzidos. Com isso, materializa-se os pressupostos epistemológicos da pesquisa-intervenção, que postula uma parceria na produção do conhecimento entre pesquisadores e participantes, que de alguma forma também se tornam pesquisadores. Ao final de cada reunião com o CA, era produzida uma ata detalhada sobre os tópicos discutidos e as contribuições dos participantes, os quais poderiam propor alterações e revisões posteriores. Para este estudo, consultamos tais atas e inserimos alguns dos seus fragmentos ao longo do texto, visando a ampliação das análises produzidas.

Por fim, destacamos que, de forma transversal e constante, buscamos realizar a análise da implicação das autoras (Lourau, 2004d) com as estratégias matriciais em estudo, bem como com a luta antimanicomial, com a qual se identificam enquanto militantes.

Resultados e Discussão

Inicialmente, o histórico de implementação do NASF e da EqSM na APS em BH serão descritos a partir do levantamento de documentos, artigos, teses e dissertações. Posteriormente, as análises das entrevistas com gestores irão ampliar tal descrição, permitindo a discussão dos atravessamentos e transversalidades institucionais que permearam o histórico da sustentação de duas estratégias matriciais que coexistem produzindo cuidado em saúde mental na APS belorizontina.

Histórico de implementação da EqSM em BH

As categorias profissionais que atualmente compõem a EqSM na APS de BH foram introduzidas nos Centros de Saúde (CS) do município pouco antes da década de 80, quando psicólogas e psiquiatras isolados realizavam atendimentos sem ligação com um projeto que organizasse as ações em saúde mental (Ferreira Neto, 2008). De acordo com Ferreira Neto (2008), entre 1977 e 1979, o Programa Integrado de Saúde Mental foi implantado em BH e, apesar da curta duração, teve dentre suas diretrizes a integração da saúde mental nas atividades básicas de saúde, contando com a realização de grupos operativos com, por exemplo, gestantes e professores. Ademais, os psiquiatras priorizavam o atendimento clínico individual de casos graves e egressos de hospitais psiquiátricos (Ferreira Neto, 2008).

Em 1984, havia doze psicólogas distribuídas por oito CS de BH. A prioridade era o trabalho em grupo, com a atuação voltada para a demanda infantil e para a participação em outros programas em andamento no CS, como puericultura (Ferreira Neto, 2008). Nesse momento, como pontua Ferreira Neto (2008, p 20), “a expressão saúde mental era tomada de um modo genérico, sem relação com as propostas da Reforma Psiquiátrica”. Em 85, o Programa Ações da Saúde Mental foi oficialmente iniciado na região metropolitana do município, inserindo vinte e três equipes de saúde mental, compostas

por psicólogas, psiquiatras e assistentes sociais, em dezoito CS. Tais equipes eram consideradas como atendimento especializado e, dentre os eixos preconizados para a sua atuação, estava o apoio técnico à APS, visando integrar a saúde mental no contexto global da saúde (Ferreira Neto, 2008).

A composição dessa equipe buscava atender à uma concepção integral de saúde, pela perspectiva do trinômio biopsicossocial (Ferreira Neto, 2008). Consoante, Goulart (2004) aponta que com tais equipes de saúde mental havia uma expectativa de se fazer dialogar as dimensões biológica, psicológica e social do adoecimento. Porém, na prática, em detrimento de haver uma relação de complementaridade e enriquecimento mútuo entre os membros da equipe, constatou-se uma refração da multiplicidade de discursos e práticas, inviabilizando a produção coletiva de serviços (Goulart, 2004).

Ainda sobre as EqSM, Dantas (2014) aponta que elas eram responsáveis pelo acolhimento de toda demanda de saúde mental que chegasse ao CS, pois eram consideradas porta de entrada, trabalhando de forma isolada. Lobosque e Abou-Yd (1998) corroboram o extremo isolamento dos técnicos da saúde mental, que muitas vezes não eram vistos com bons olhos nos CS e geralmente ficavam abrigados no consultório, com agendas cheias por um tipo de clientela caracterizada por “pequenos desviantes” e práticas preventivistas em geral. Acerca da clientela, Goulart (2004) também aponta que os indivíduos que procuravam o serviço já eram frequentadores do CS e consumidores regulares de ansiolíticos, sendo ansiedade e depressão os diagnósticos mais comuns. Destaca que um dos desafios da lotação dos serviços de saúde mental APS foi a perspectiva estereotipada e preconceituosa dos profissionais de saúde que não integravam as EqSM (Goulart, 2004). Para Oliveira (2008), a inserção de tais equipes não causou impacto sobre o número de internações em hospitais psiquiátricos, uma vez que não assumiram de maneira significativa o atendimento da clientela que apresentava risco de entrar no circuito da hospitalização.

No início da década de 90, quando a Secretaria de Municipal de Saúde (SMSA-BH) estava sob a coordenação de uma militante da luta antimanicomial, um projeto municipal de saúde mental foi elaborado em parceria com os trabalhadores da rede (Ferreira Neto, 2008), que haviam construído, ao longo dos anos, um movimento social que discutiu de forma amadurecida tal projeto (Campos, 1998). No documento construído por profissionais da saúde mental e encaminhado à SMSA em 1992, havia, pois, uma proposta para a saúde mental do município que visava o avanço da Reforma Psiquiátrica

Brasileira (RPB) pela construção de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico que garantisse o exercício da cidadania do louco. Cabe ressaltar que na concepção de clínica que subsidiou o projeto antimanicomial belorizontino a psicanálise tinha lugar de destaque (Ferreira Neto, 2008a; Lobosque & Abou-Yd, 1998).

No contexto descrito, foi necessário um investimento para mudar a perspectiva de trabalho das EqSM que já existiam nos CS e para criar mais equipes, que passaram a ser distribuídas nos nove distritos sanitários de BH (Campos, 1998). Lobosque e Abou-Yd (1998) indicam que também houve uma aposta na transformação da concepção e das práticas da APS, buscando inscrevê-las em um movimento sanitário democrático e vivo. Tais EqSM passaram a ter como público prioritário, de modo enfático, os psicóticos e neuróticos graves. Para isso, foi necessário um reordenamento do seu trabalho, o que encontrou oposição por parte de alguns profissionais, mas gerou mudança da postura de outro número significativo (Lobosque & Abou-Yd, 1998).

Acreditava-se que as EqSM, para reverterem a lógica manicomial, precisariam estar integradas à uma rede, regida por uma luta social e política (Campos, 1998). Lobosque e Abou-Yd (1998) descrevem algumas estratégias de modo a garantir a chegada dos loucos nos CS, que até então não circulavam nesse serviço, para que, após a saída dos hospitais psiquiátricos, não ficassem desassistidos. Dentre as estratégias estava o desenvolvimento de reuniões mensais com as EqSM, gerentes e coordenadores, o que favoreceu articulações e debates. Além disso, foi acordado que os pacientes que recebessem alta hospitalar saíssem com uma consulta marcada no CS. Outra estratégia envolveu visitas domiciliares aos egressos que não chegassem à APS (Lobosque e Abou-Yd, 1998). Nesse contexto, houve um desestímulo ao atendimento dos casos considerados mais leves e à presença das EqSM em grupos de outros programas da APS (Ferreira Neto, 2008).

Em 2002, o Programa de Saúde da Família (PSF) começou a ser implantado em BH, com o nome “BH-Vida” (Ferreira Neto, 2008). A APS do município passou, então, por mudanças, como a contratação de profissionais para a montagem das eSF para oferecer um cuidado com base na família e na comunidade (Paula, 2012). Esse é o contexto oficial de início do AM, a partir de proposta do Ministério da Saúde (Brasil, 2003). Assim, as demandas de saúde mental passaram a ser acolhidas pela eSF para depois, se fosse o caso, chegar à EqSM, que não trabalharia mais sozinha, mas de forma

conjunta com a eSF por meio das reuniões de matriciamento (Dantas, 2014). Portanto, a implantação do PSF imprimiu nova dinâmica no trabalho das EqSM (Oliveira, 2008).

Ao mesmo tempo, as EqSM continuaram sendo orientadas pelos princípios da política de saúde mental de BH, se integrando a uma rede assistencial e atuando em conjunto com os demais dispositivos (Belo Horizonte, 2003). A proposta era de que a prioridade dos atendimentos aos portadores de sofrimento mental grave e persistente se mantivesse sem que as EqSM deixassem de acolher, orientar e encaminhar outras demandas, que deveriam ser atendidas pelas eSF. A organização do trabalho, agora em equipe, buscou desmontar e reorganizar poderes estabelecidos. Nesse sentido, as discussões conjuntas de casos entre eSF e profissionais da EqSM seriam a forma de intercambiar cotidianamente saberes e experiências (Belo Horizonte, 2003).

De acordo com Paula (2012), as relações políticas entre os projetos BH-Vida e o Projeto de Saúde Mental da SMSA-BH foram se construindo com embates. Assim, a articulação da saúde mental na APS conteve disputas políticas das respectivas coordenações que reverberaram no trabalho de ambas equipes (Paula, 2012). Em consonância, Oliveira (2008) aponta tensões entre as equipes, alegando que a EqSM temia um aumento da demanda de uma clientela não priorizada pelo projeto de saúde mental, enquanto as eSF se sentiam despreparadas para o atendimento de portadores de sofrimento mental. Porém, ainda que a mudança do modelo de atenção não tenha sido fácil, Dantas (2014) aponta que foi percebida como positiva por alguns profissionais de saúde envolvidos, por ter proporcionado encontro entre os diversos profissionais da APS, aproximando a temática da saúde mental dos CS e contribuindo com a desestigmatização da loucura.

No início da implantação do AM nas EqSM em BH, os profissionais apoiadores referenciavam mais de um CS. De acordo com Pastana (2019), até o final dos anos 2000, as EqSM deslocavam-se até as outros CS por elas referenciadas para a realização das reuniões de AM. Porém, com a Conferência Municipal de Saúde Mental de 2010, foi garantido pelo menos um técnico de nível superior, da área de saúde mental, por CS. Nesse sentido, a partir de janeiro 2011, a SMSA definiu a lotação de pelo menos uma psicóloga em cada CS do município (Belo Horizonte, 2013), o que se mantém atualmente. Essa configuração gera algumas especificidades como, por exemplo, o fato de haver profissionais fixos e lotados nos CS, realizando apoio matricial em saúde mental (Ferreira Neto, 2011).

Decorre, ainda, que as atuais composições das EqSM tenham, com frequência, apenas o profissional da psicologia como exclusivo, pois quando há psiquiatra incluso na equipe, ele atende mais de um CS. No caso da assistente social que eventualmente integra as EqSM, é possível atender outras demandas do CS (Dantas, 2014). Assim, a designação “equipe” nem sempre é adequada, pois é comum que a psicóloga da EqSM trabalhe sozinha (Penido et al, 2018). É necessário, pois, reconhecer que há uma diversidade de constituições das EqSM (Pastana, 2019). De acordo com Pastana (2019), além de existir contextos em que somente a psicóloga lotada na unidade realiza o matriciamento em saúde mental, consistindo em uma “equipe”, há outras composições de profissionais que o realizam conjuntamente: duas psicólogas lotadas em um mesmo CS; uma psicóloga e um psiquiatra; um psiquiatra e duas psicólogas de outros CS da mesma micro área; uma psicóloga, um psiquiatra e uma terapeuta ocupacional, todos lotados no próprio CS, além de um técnico de nível superior do CERSAM (Pastana, 2019). Além disso, há a participação de assistentes sociais em determinadas reuniões, algumas vezes como apoiadoras matriciais, contribuindo para as discussões dos casos. De todo modo, os profissionais da psicologia representam a categoria profissional mais presente nas reuniões atualmente (Pastana, 2019).

Histórico de implementação do NASF em BH

Em 2005 – portanto já no contexto de consolidação do PSF em BH – foi iniciado um projeto piloto de AM com foco em reabilitação, por meio do Núcleo de Apoio à Reabilitação (NAR). A implantação do NAR aconteceu por decisão do gestor municipal e não contou com recursos financeiros do Ministério da Saúde (Araújo, 2014). De acordo com Coimbra et al (2010), tal projeto foi iniciado em apenas um distrito, escolhido devido ao alto índice populacional e distância geográfica dos serviços secundários do município, sendo expandido para outro distrito no ano seguinte. Dentre os objetivos definidos dessas equipes estava qualificar a APS, ampliando o conhecimento das eSF sobre reabilitação e avançando na construção da integralidade das ações na atenção à saúde (Coimbra et al., 2010).

A composição de tais equipes foi amplamente discutida e visava deslocar a visão profissional do atendimento individual e biológico para a perspectiva do coletivo. A composição contou com quatro fisioterapeutas, quatro terapeutas ocupacionais, dois

fonoaudiólogos, dois nutricionistas, duas psicólogas e dois assistentes sociais. Essa equipe foi, posteriormente, dividida em equipes menores, para que cada uma delas ofertasse apoio a um menor número de CS (Coimbra et al., 2010). Como apontam Coimbra et al (2010), as equipes do NAR tinham reuniões periódicas com as eSF, o que proporcionava construção coletiva do caso e educação permanente. Também fazia parte do cotidiano dessas equipes: a realização de abordagem individual, domiciliar, coletiva e interdisciplinar (grupos de postura, nutrição, qualidade de vida, etc.); a sensibilização e capacitação das equipes para a atenção a idosos frágeis e pessoas com limitações funcionais temporárias ou definitivas para a monitoração dos casos; a oferta de suporte técnico de referência para encaminhamentos aos serviços de reabilitação, bem como o acolhimento de egressos hospitalares e demandas dos serviços de reabilitação. Nesse contexto, a população priorizada nas ações do NAR eram pessoas com deficiências e incapacidades em todos os ciclos de vida, seus cuidadores e familiares, pessoas em situação de risco e em alto grau de vulnerabilidade. Na perspectiva de promoção da saúde, foi construída ainda uma parceria do NAR com o Projeto BH mais Saudável – Academia da Cidade (Coimbra, J. R. et al., 2010).

Em 2008, foi publicada a portaria nacional que instituiu o NASF (Brasil, 2008). Em BH, a SMSA optou por implantá-lo, uma vez que contava com repasse financeiro do governo federal. De acordo com Coimbra et al (2010), foi constatada uma congruência entre a experiência belorizontina do NAR e a proposta do NASF: ambas equipes não eram porta de entrada do sistema, pois atuavam pela lógica do AM; eram compostas por diversas categorias profissionais e buscavam a elaboração de planos terapêuticos com as eSF. A SMSA-BH decidiu, então, ampliar, por meio do NASF, a experiência do NAR para o restante do município, integrando ações de promoção à saúde e de assistência farmacêutica. Ao mesmo tempo, optou-se por manter outros profissionais lotados na APS do município, como os que compunham as EqSM (Coimbra et al, 2010). Em BH, portanto, o NASF se integrou à Política de Reabilitação.

Nesse contexto, inicialmente, os NASF foram identificados como Núcleos de Apoio a Saúde da Família – Reabilitação (NASF-R), focalizando usuários que requeriam cuidados de reabilitação (Azevedo, 2012). De acordo com Azevedo (2012), a experiência do NAR orientou a estruturação das ações do NASF em BH, tendo sido os profissionais do NAR os principais atores no processo de construção, estruturação e implantação do NASF em BH. Exemplo disso é o documento que institui as diretrizes do NASF no

município (Belo Horizonte, 2010), que foi escrito pelos profissionais do NAR (Azevedo, 2012).

Em 2010, os núcleos começaram a ser identificados apenas como NASF, sem o termo reabilitação acoplado, passando a incorporar outros eixos como a assistência farmacêutica e a promoção da saúde (Penido et al, 2018). No mesmo ano, assim como aconteceu com a EqSM em BH, também houve a ampliação do NASF, com aumento significativo de psicólogas (Penido et al, 2018). Em 2017, com a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o NASF passou a ser denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-Ab). A PNAB aponta que o NASF deve dar suporte clínico, sanitário e pedagógico aos profissionais da atenção básica (Brasil, 2017). Nesse documento, é reforçada a ideia de que existe uma dimensão clínica e uma pedagógica no trabalho do NASF, mas o AM não é mencionado como metodologia de trabalho. Em relação à PNAB anterior, o NASF deixou de abranger apenas a Estratégia de Saúde da Família (ESF), incluindo as equipes de atenção básica. Tai mudanças podem fazer com que o NASF perca a função apoio, interferindo negativamente na sua forma de funcionar, e tendem a ser o desmonte da própria ESF, a base da APS e do AM (Melo, Mendonça, Oliveira & Andrade, 2018).

Descristalizando o instituído do cuidado em saúde mental da APS de BH

A descrição do histórico de institucionalização da EqSM e do NASF em BH demonstra a construção de duas estratégias matriciais de forma independente. Porém, se ambas se situam no escopo da APS e podem produzir cuidado em saúde mental, não deveria haver alguns pontos de interseção? A partir das entrevistas realizadas com gestores antigos e atuais do NASF e da saúde mental, identificamos escassas tentativas de diálogo entre as estratégias matriciais no âmbito da gestão, ainda que crescentes, constantemente caracterizadas por dissonâncias. Assim, corroboramos Penido et al (2018) de que EqSM e NASF se desenvolveram de modo paralelo com poucas articulações longo da história. As entrevistas analisadas trazem novos elementos que descristalizam o instituído do cuidado em saúde mental na APS municipal.

De acordo com dois gestores, à época de implantação do NASF houveram tentativas de diálogo entre NASF e saúde mental, sem bons resultados. Ao longo do tempo, o diálogo entre os gestores de saúde mental e NASF parece ter sido mais frequente

e com uma receptividade maior de ambas gestões, movimento apontado por dois gestores de estratégias matriciais diferentes, que perceberam que a coordenação da qual não faziam parte se tornava cada vez “mais aberta” a tal aproximação. Talvez esse movimento seja reflexo do reconhecimento, presente em todas as entrevistas, da necessidade de haver algum diálogo entre as gestões, considerando possíveis impactos negativos da coexistência das estratégias matriciais desarticuladas, como “fazer o usuário ficar pulando para lá e para cá”. Dois gestores consideraram que, por haver casos em comum entre NASF e EqSM, seria preciso uma articulação entre os apoios. Dois gestores concordaram que é necessário haver melhor articulação entre as diferentes estratégias matriciais nos níveis central; distrital – com as Referências Técnicas de NASF e saúde mental; e local, na atenção direta ao usuário. Um dos gestores defendeu que a APS seja integrada e pensada em conjunto, com todos os atores envolvidos. Além disso, um gestor ponderou que a interseção entre NASF e EqSM poderia partir de “algo intergerencial”.

De acordo com um dos gestores, a desarticulação existente no nível da gestão central reflete na desarticulação entre NASF e EqSM no nível local. Azevedo (2012), Dantas (2014) e Penido et al (2018) descrevem não haver, de fato, um diálogo profícuo entre os profissionais de ambas estratégias matriciais no cotidiano da APS belorizontina. Outro gestor concordou, em alguma medida, que a “compartimentalização das equipes” nos CS é uma orientação das gerências locais, mas também reflexo das gerências centrais. Nesse contexto, ressaltamos que o AM é um dispositivo da Política Nacional de Humanização (Brasil, 2013), na qual há o pressuposto de que gestão e atenção são indissociáveis. Portanto, é possível que a falta de articulação entre os profissionais do NASF e da EqSM seja um efeito da falta de diálogo entre as gestões, afinal, arranjos e decisões de gestão podem interferir diretamente no cuidado (Brasil, 2013).

Da mesma forma, o contrário é verdadeiro. Um gestor alegou que o que emerge “onde as coisas acontecem” também tem o poder de mudar a gestão central, ainda que, para ele, o ideal seria a gestão central fazer a articulação para “depois chegar à ponta”. Ou seja, a vivência cotidiana no território também pode levar à aproximação dos profissionais sem a articulação da gestão, corroborando Penido et al (2018). Para as autoras, ainda que a discussão de casos entre EqSM e NASF não seja uma prática instituída pela rede, os profissionais buscam estabelecer um diálogo por iniciativa própria (Penido et al, 2018). Exemplo disso foi trazido por um dos gestores, que afirmou haver uma tentativa de reunião de matriciamento conjunto entre NASF e EqSM, em um distrito

sanitário de BH. Nas discussões com o CA, identificamos que tal experiência foi proposta por apoiadores de ambas estratégias matriciais de um CS. Em outro distrito de BH, constatamos a existência de reuniões bimestrais entre psicólogas da EqSM e do NASF. Ambas situações de encontro podem configurar-se como um movimento instituinte (Lourau, 1993) de articulação entre as estratégias matriciais, que serão abordados no segundo artigo desta dissertação.

Diante do exposto até aqui, para nos ajudar a investigar as forças em jogo na manutenção de duas estratégias matriciais na APS de BH com pouca articulação entre as gestões, mesmo com o reconhecimento de possíveis desafios decorrentes, buscamos identificar analisadores, que desvelam constrições da instituição e podem catalisar mudanças institucionais (Lourau, 2003). No tópico a seguir, nos debruçaremos, pois, sobre a coexistência das psicólogas na EqSM e no NASF, considerando-a analisadora do contexto supracitado.

A existência de psicólogas nas duas estratégias matriciais: entre possíveis desejos de “roubo” e “morte” do outro, há espaço para compartilhamentos?

Como já descrito, as EqSM em BH são compostas majoritariamente por psicólogas. Com frequência, essa é a única categoria profissional vinculada a essa estratégia (Dantas, 2014; Penido et al, 2018; Pastana, 2019). Nas equipes belorizontinas de NASF, ao longo da sua implementação, cada vez mais psicólogas foram incluídas, ainda que, como indicado, nem todas as equipes atualmente contem com essa categoria profissional (Penido et al, 2018). Portanto, essa é uma categoria profissional que pode estar inserida em duas diferentes equipes matriciais na APS de BH.

Tal coexistência de psicólogas na APS belorizontina parece ter gerado conflitos desde o NAR, precursor do NASF no município. De acordo um gestor, no projeto piloto do NAR foram definidas atribuições de todas as categorias profissionais, menos as da psicóloga. Ele indicou que essa atribuição teria ficado em branco, em grande medida, pelo impasse existente entre as gerências de reabilitação e saúde mental, considerando que a gestão de saúde mental era a responsável pelos profissionais de psicologia que estavam na APS até então.

Em 2008, na implantação do NASF, um gestor constatou que a coordenação de saúde mental não era favorável a incluir profissionais da saúde mental no NASF. De

acordo com ele, a gestão da saúde mental defendia que já havia psicólogas na APS e que, apesar de trabalharem com um público prioritário composto por psicóticos e neuróticos graves, poderiam atender a outra clientela se fosse preciso. Porém, a gestão de saúde mental “não explicitou qual era, exatamente, a contraproposta” para o público abrangido pelo NASF. Ainda de acordo com tal gestor, apesar desse discurso, não existiam psicólogas da EqSM em todos os CS na época. Assim, mesmo que os profissionais dessa estratégia fossem abertos a novas demandas, não teriam condição de fazê-lo. Afirmou, por fim, que não havendo a possibilidade de negociação para aproveitar ou ampliar os profissionais da saúde mental para a implantação do NASF, houve a “decisão necessária” de incluir um profissional psi também no NASF, diferenciando-o do escopo da EqSM.

Como hipótese para a não abertura ao diálogo, por parte da coordenação de saúde mental, um gestor apontou o receio de se “perder espaço” com a chegada do NASF, em função de ambas estratégias matriciais possuírem uma mesma lógica de trabalho. Dois gestores entrevistados concordaram que a EqSM já era consolidada no município, porém, não apresentaram a ideia de uma competição em relação ao cuidado em saúde mental, mas a expectativa de que o NASF fortalecesse e incrementasse o que já existia na rede para reabilitação e promoção da saúde. Um gestor alegou, ainda, que não se lembrava de ter havido alguma proposição de juntar as equipes apoiadoras. Nesse sentido, um dos gestores reafirmou os achados de Azevedo (2012), Dantas (2014) e Penido et al (2018) de que o NASF se identificou, inicialmente, como “NASF-R”, a letra R indicando seu foco na reabilitação, para se diferenciar da proposta da saúde mental.

Em contrapartida, um gestor contou que à época da implementação do NASF, as categorias profissionais já existentes na APS de BH foram mapeadas para eventual inclusão, mas frente às dificuldades de articulação da gestão do NASF com a gestão da saúde mental, abandonou-se a ideia de que as psicólogas da EqSM poderiam absorver as novas demandas propostas pelo NASF. Diante desse contexto, de acordo com tal gestor, passou-se a se pensar em uma interface entre as equipes apoiadoras, o que também não foi possível. Ele aponta que não houve abertura para o compartilhamento do saber acumulado dos profissionais da EqSM com os profissionais do NAR e, posteriormente, do NASF. Outro gestor alegou não se lembrar de ter havido uma conversa do NASF com a saúde mental para discutir sobre os processos de trabalho, ainda que a EqSM tenha sido uma referência para construção do NAR, principalmente devido à forma de dialogar com as eSF em posição de apoio e sem se constituir em porta de entrada da rede. Esse

distanciamento entre a EqSM e o NASF, de acordo com um gestor, foi um limitador para a inclusão e posterior definição das atribuições da psicóloga do NASF, mas possibilitou a ampliação da oferta de outros tipos de cuidado necessários na APS, que ainda não eram contemplados no município.

Diante desse contexto, consideramos que a inclusão ou não de psicólogas no NAR e, posteriormente NASF; a possibilidade de rearranjo das psicólogas da EqSM para o NASF; e a opção por diferenciar o escopo de trabalho das psicólogas de ambas as estratégias matriciais são peça chave para a compreensão do cuidado em saúde mental ofertado atualmente na APS de BH. Reafirmando a condição analisadora da coexistência de psicólogas na EqSM e no NASF, identificamos que tais tensões e dissonâncias não se esgotaram no passado, fazendo-se presente ainda hoje. Por exemplo, um gestor alegou que existe um pensamento na rede de que NASF e saúde mental querem “roubar a psicóloga um do outro”.

A ideia de perda e ganho que ronda a duplicidade de psicólogas nas EqSM e NASF foi trazida também em um discussão com o CA. Um integrante tensionou o grupo questionando: “se fosse para escolher uma psicóloga só, com qual vocês ficariam?”, indicando que esse tipo de escolha é comum em “tempos de economia”. Ele disse, ainda, que “onde tem dois e só um pode ficar, haverá o desejo da morte do outro”, e que alguém perderia o emprego. Em resposta a essa provocação, outro participante defendeu que a lógica pode não ser optar por um ou outro – o que, para ele, é perigoso - mas “criar um meio de campo”. Percebemos, assim, que esse discurso ou receio de perda de psicólogas faz-se presente não apenas no âmbito da gestão, mas dos próprios trabalhadores. Saídas transversais e não dicotômicas, porém, podem apresentar alternativas que não sejam nem a “morte” de um, tampouco a necessidade extrema de diferenciação, ausência de articulação e compartilhamentos entre ambos – o que pode impedir algumas potenciais perdas, mas também potenciais ganhos.

Mas afinal, o que (não) se perde e o que (não) se ganha?

Como descrito anteriormente, à época de criação do NASF, em 2008, BH já contava com uma EqSM consolidada, ligada à gestão de saúde mental de BH (Dantas, 2014; Ferreira Neto, 2008). Havia também uma experiência emergente de AM voltada para a reabilitação, o NAR, inicialmente associava-se à gestão de reabilitação e, a partir

de 2018, à gestão de APS (Azevedo, 2012; Coimbra et al, 2010; Penido et al, 2018). Diante desse contexto, a opção escolhida por BH foi a implantação do NASF sem absorver a EqSM, dando continuidade a este e ampliando a experiência do NAR.

Para Penido et al (2018), devido ao contrastante processo de consolidação de ambas estratégias matriciais, as negociações entre EqSM e NASF podem ter sido dificultadas. De acordo com as autoras, a implantação do NASF em BH, por ter contado com recorrentes rearranjos organizacionais envolvendo acordos políticos, possivelmente o colocou em uma posição de maior fragilidade em relação à EqSM, amplamente consolidada (Penido et al, 2018). De fato, não se pode negar a experiência acumulada temporalmente pela EqSM, o que foi confirmado pela descrição do seu histórico consideravelmente maior em relação ao NASF, realizada por este estudo.

Porém, tal hipótese não desqualificaria o histórico também pioneiro do NAR em BH, ainda que com menos tempo de desenvolvimento? Destacamos, aqui, que a escolha organizacional de BH permitiu que tanto a EqSM continuasse com o seu projeto junto à coordenação de Saúde Mental, como o NASF também preservasse a articulação com a coordenação de Reabilitação. Diante disso, ambas estratégias mantiveram ou ampliaram o que já estava estabelecido na rede, com seus referenciais distintos, sem que houvesse, de nenhuma das partes, rearranjos em nome de uma articulação do conjunto das práticas matriciais na APS.

Diante disso, elucubramos acerca das diferentes formas de organização do AM em BH, à época de implantação do NASF, fazendo emergir alguns questionamentos: 1) Que efeitos sobre a EqSM belorizontina, de grande força política antimanicomial (Belo Horizonte, 2003; Ferreira Neto, 2008a), teria sua respectiva incorporação por outra política que considerava a saúde mental apenas como um dos seus eixos de cuidado, voltada para a promoção de saúde, como o NASF? 2) Da mesma forma, como o NAR, com seu foco na reabilitação e, posteriormente, o próprio NASF seria afetado se absorvesse a EqSM já consolidada e com e com forte orientação teórico-política antimanicomial? 3) Por fim, quais seriam as possíveis perdas e ganhos, em termos de gestão e, conseqüentemente, de orientação das respectivas políticas?

O presente estudo não pretende e nem tem condições de responder a essas perguntas de cunho especulativo. Entretanto, sua formulação permite construir uma argumentação de que a adoção de outros arranjos na APS de BH poderia e pode se constituir. Tal possibilidade de movimento, instituinte, para ambas estratégias matriciais,

poderia inclusive propiciar certa descristalização de suas concepções e *modus operandi*, colocando em cena o desafio do cuidado integral. Ressalta-se que esse suposto movimento instituinte não seria, necessariamente, positivo ou negativo, assim como o instituído a ser modificado. De toda forma, é importante lembrar que movimentos instituintes são inevitáveis, uma vez que as instituições são caracterizadas exatamente pela dialética entre instituído e instituinte, resultando em processos sucessivos de institucionalização (Lourau, 1993).

Um movimento instituinte foi considerado por um dos gestores, ao refletir sobre uma das possibilidades de articulação entre NASF e EqSM, a saber, a unificação de alguns processos, como a reunião de matriciamento. Tal gestor apontou que uma decisão como essa não seria fácil, sendo imprescindível refletir a respeito. Para ele, uma reflexão ainda maior deve ser feita acerca da possibilidade de unificação das equipes, algo complexo e que envolve muitas questões, inclusive financeiras, sem especificá-las.

De fato, em outros municípios com EqSM pré-existentes à portaria do NASF e que foram absorvidas no escopo dessa estratégia matricial, houve modificações no financiamento e no organograma da coordenação. Santa Luzia-MG, é um exemplo analisado por Penido (2012). Nesse município, buscou-se assegurar a inserção da EqSM no NASF, de modo que passasse a contar com a verba federal para a sua manutenção, “evitando incertezas que, vez por outra, sopravam no cenário municipal” (Penido, 2012, p 82). De acordo com a autora, antes do NASF, os gestores apoiavam a estratégia matricial e se empenhavam em sustentá-la politicamente. Porém, a falta de financiamento específico era um dificultador da manutenção e ampliação da mesma. A garantia de recursos do Ministério da Saúde foi, portanto, entendido como um alívio e proporcionou uma alteração na percepção de valor do uso do AM no município (Penido, 2012).

Em BH, não foi identificado na literatura ou nas entrevistas questões relacionadas ao financiamento das EqSM. Porém, um gestor ponderou que há outros dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que o município vem custeando e defendendo municipalmente, como os Centros de Convivência. Depreende-se, pois, que a política de saúde mental belorizontina, reconhecida por sustentar uma articulação forte e alinhada com a orientação antimanicomial, opta por investir em dispositivos da RAPS municipal, mesmo que não tenham repasse financeiro específico por parte do governo federal. Tal posição pode contribuir para que BH resista aos desmontes e precarização da RAPS decorrentes de normativas do Ministério da Saúde, publicadas entre 2016 e 2019, que

culminaram na “Nova política de saúde mental” (Brasil, 2019), tendendo a estagnar a implantação de serviços de base comunitária (Cruz, Gonçalves & Delgado, 2020).

O NAR também foi implementado com verba municipal em BH (Azevedo, 2012) mas passou a ter verba do Ministério da Saúde (Brasil, 2008) quando se transformou em NASF, que absorve e amplia tais equipes. Porém, a suposta segurança que o NASF poderia trazer acerca da manutenção financeira das estratégias matriciais nos municípios entrou em risco desde as portarias que modificam a estrutura da APS e o financiamento do NASF (Brasil, 2019; Brasil, 2020). Tais mudanças ocorrem em tempos de projetos de saúde, no nível federal, antirreformistas, privatistas e submetidos ao mercado (Bravo & Palaez, 2020). Como apontam Treichel, Campos e Campos (2019), é necessário considerar que o contexto político sanitário brasileiro, historicamente associado à descontinuidade administrativa e às variações dos investimentos que surgem a cada mudança de governo, dificulta o seguimento das ações (Treichel, Campos & Campos, 2019). Em BH, mesmo com a mudança de gestores, manteve-se tanto a EqSM quanto o NASF, talvez pelo histórico vanguardista de ambas estratégias matriciais. Ademais, o controle social ativo pode ter contribuído para essa manutenção.

Além de mudanças no financiamento das estratégias matriciais, uma possível junção entre as gestões de NASF e saúde mental também poderia modificar a organização da coordenação de tais estratégias. Em BH, descrevemos que desde o NAR, passando pelo NASF-R e NASF, havia uma coordenação única que agregava NASF e Reabilitação, o que mudou posteriormente. Um gestor argumentou que foi um avanço o NASF ter sido transferido para a gerência de APS, por defender que o NASF não é separado da APS e vice-versa. Em contrapartida, outro gestor indicou consequências negativas dessa cisão, devido à maior dificuldade de integração com a Reabilitação, foco do NASF. Tal gestor alegou que houve tentativas para que essa articulação não se perdesse, mesmo em coordenações diferentes.

Na experiência supracitada de Santa Luzia, mudanças organizacionais nas coordenações de fato aconteceram. Nesse município, enquanto o AM era específico da saúde mental, trabalhava-se junto à coordenação de saúde mental, mas, após sua absorção pelo NASF, passou a ficar sob responsabilidade da coordenação da APS (Penido, 2012). Em algumas das entrevistas com gestores deste município Penido (2012) analisa que as mudanças ocorridas no organograma da gestão da estratégia matricial poderiam acarretar desarticulações para o cuidado em saúde mental.

Tais considerações revelam que modificações organizacionais no nível de gestão parecem conduzir, necessariamente, a articulações com determinados campos ou referenciais. Ou seja, conforme uma coordenação seja organizacionalmente alocada na secretaria de saúde, há uma variação na orientação do respectivo trabalho a partir de diretrizes prioritárias e institucionais específicas. Em BH, no caso do NASF, primeiramente parece ter sido desejável a articulação principalmente com a reabilitação e atualmente há um movimento maior de adesão às diretrizes da APS. Nessa linha de raciocínio, um gestor defende que a saúde mental na APS deveria seguir as diretrizes do NASF, uma vez que, para o Ministério da Saúde, as ações de saúde mental na APS são realizadas por tal estratégia.

Esse contexto fornece pistas para pensarmos possíveis desafios caso os profissionais da EqSM sejam transferidos da gerência da saúde mental para a gerência da APS – receio trazido por um dos gestores, anteriormente citado. Para este gestor, é obrigatório que as orientações da EqSM sejam afinadas com concepções clínicas e assistenciais da RP. O NASF, por também realizar ações em saúde mental, também deveria segui-las, mas apresenta mais dificuldades para isso porque, segundo ele, está alocado em uma coordenação distanciada da gestão da saúde mental. Tal articulação da EqSM com a RP e o referencial político antimanicomial será aprofundado no próximo segmento deste artigo.

Porém, o exposto até aqui é suficiente para constatar que cada gestor identifica determinadas diretrizes como imprescindíveis para o desenvolvimento das respectivas estratégias matriciais por eles coordenadas. Além disso, consideram que a permanência de tais estratégias sob suas coordenações garante tal orientação. Essa concepção pode culminar no julgamento de que tais direcionamentos não são seguidos ou pela EqSM ou pelo NASF. Indo além, essa concepção torna também imperativa a constatação de que a tentativa de construir arranjos organizacionais que garantam maior articulação entre as práticas matriciais poderia resultar em perdas que fragilizariam uma estratégia em detrimento da outra, ao invés de fortalecer.

No âmbito de tais embates, corroboramos a concepção trazida por Penido et al (2018) de que, à despeito de seus referenciais consolidados pela EqSM e pelo NASF, abrir-se para o diálogo “não implica a dispensa desses referenciais que são caros a cada uma das políticas, mas uma aposta na efetividade dos encontros para intervenções mais alinhadas com a realidade local” (Penido et al, 2018, p 46). Faz-se pertinente, nesse momento, compartilharmos a compreensão de um dos gestores, de que “faz sentido que

muita coisa tenha sido do jeito que foi”, porque no início era importante demarcar lugares e fortalecer processos. Ao mesmo tempo, tal gestor indica que se preocupa com o que está cristalizado há muitos anos, que persiste pela crença de ser o único caminho possível.

Novos caminhos podem ser ainda mais necessários frente a retrocessos que vem sendo impostos pelo governo federal. Um caso trazido por um dos gestores é uma pista dessa necessidade. De acordo com ele, em um momento da história foi proposto não haver mais reuniões de matriciamento tanto para o NASF quanto para a saúde mental. Com isso, ambas estratégias matriciais “brigaram” e conseguiram manter tal dispositivo. Defendemos, pois, que o diálogo entre os gestores das estratégias matriciais da APS belorizontina pode ser imprescindível para a defesa do AM enquanto metodologia de trabalho e arranjo organizacional potente e indispensável para a qualificação das ações de saúde mental. Em discussão com o CA, representantes atuais das gestões de NASF e EqSM demonstraram que esse movimento tem acontecido com mais frequência. Por exemplo, compartilharam que houve uma reunião integrando as Referências Técnicas do NASF e da Saúde Mental de todos os distritos sanitários de BH, o que foi considerado um avanço importante.

Os limites do controle e da busca pelo trabalhador “com perfil” como estratégia de sustentação da orientação antimanicomial

Até aqui, a coexistência de psicólogas em ambas estratégias matriciais desvelou que perdas e ganhos estavam e estão em jogo com a chegada do NASF em BH, seja para a EqSM, seja para o NAR e, posteriormente, o próprio desenvolvimento do NASF. Uma especificidade da EqSM, a saber, sua forte orientação antimanicomial, parece ser um dos pontos que mais se receou perder, por parte da gerência de saúde mental. Buscaremos, assim, aprofundar nessa problemática.

Um gestor entrevistado descreveu a trajetória de construção das EqSM em BH de forma muito articulada à luta antimanicomial. De acordo com ele, a partir da construção coletiva da política de saúde mental belorizontina, os loucos passaram a ser o público prioritário das EqSM, visando a inclusão de tais sujeitos nos cuidados da APS. Tal priorização é corroborada pela literatura e documentos municipais, que apontam para uma tentativa de se fortalecer a rede substitutiva aos manicômios e o avanço da RP (Campos, 1998; Belo Horizonte, 2003; Ferreira Neto, 2008; Lobosque & Abou-Yd, 1998).

Esse compromisso com o avanço da RP também foi fortemente identificado no discurso de outro gestor. Portanto, dois gestores concordam que o posicionamento político afinado à RP é de grande importância para o trabalho da EqSM e que este não pode ser perdido. Frequentemente, esse discurso é associado a uma certa ideia de vigilância. Um desses gestores alegou ser preciso estar presente no serviço, “informando”, “pressionando”, “anunciando”, em suma, “controlando essa política, porque ela escapa” devido ao tamanho da rede. Ao mesmo tempo em que afirmou que a “presença de quem formula a política” é importante, também reconheceu que não é possível uma “onipresença e onipotência”. Outro gestor também defendeu uma necessária condução da política de saúde mental, que não poderia perder o “controle do trabalho e trabalhador que está na ponta”, sendo que esse é um “controle político, assistencial, de direcionamento da clínica”. Tal gestor, alegou, porém, que poder-se-ia falar em outra palavra, que não “controle”. Ou seja, há, em ambos gestores, tanto uma indicação de necessidade quanto de certo reconhecimento dos possíveis limites do controle na política de saúde mental.

Ao mesmo tempo que defendem uma gestão central forte, também entendem que há um determinado perfil desejado ao trabalhador da rede de atenção psicossocial, alinhado ao posicionamento político antimanicomial. No estudo de Pastanta (2019), essa ideia de “perfil” dos trabalhadores da saúde mental também foi defendida pelos próprios profissionais da EqSM. A concepção presente é de que há um perfil independente de algum alinhamento realizado pela gestão ou até mesmo de uma formação (Pastana, 2019). Nesse sentido, um gestor ponderou que, mesmo apostando em um certo perfil de trabalhador, seria preciso dar um mínimo de formação política antimanicomial para novos trabalhadores que passam no concurso público e não entendem da rede de saúde mental.

Acerca de tal discussão, Treichel, Campos e Campos (2019) indicam ser importante o estabelecimento de processos seletivos claros e sensíveis à captação de profissionais qualificados para o trabalho em saúde mental que levem em conta as aspirações profissionais dos indivíduos e suas identificações com determinadas áreas de atuação. É possível que tais aspectos sejam lidos como o supracitado “perfil”. Além disso, os autores defendem a necessidade da educação permanente para capacitação de profissionais já inseridos nos serviços (Treichel, Campos & Campos, 2019). Portanto, ainda que considerem a preexistência de características e aspirações pessoais, indicam como necessária uma formação permanente para trabalhadores da saúde mental.

Partindo de tais pressupostos, mesmo assumindo certo desconhecimento dos processos de trabalho do NASF, dois gestores apontaram que pode não ser facilmente identificável, nos trabalhadores do NASF, o perfil desejado para atuação consoante os preceitos da RP. Um gestor compartilhou a percepção de que a questão do cuidado em saúde mental nem sempre está clara para o NASF. Mesmo que o NASF belorizontino tenha dificuldades em relação à luta antimanicomial, de acordo com um gestor, para ele é obrigatório que os profissionais do NASF façam ações em saúde mental. Porém, este gestor ponderou que não é possível promover uma formação política para esses trabalhadores, pois não estão sob a coordenação da saúde mental. Nessa linha de argumentação, teme que a divisão NASF e saúde mental gere problemas no futuro, se a orientação do trabalho do NASF ou da gerência de APS for diferente daquela da coordenação de saúde mental. Assim, o gestor defendeu que seria preciso tentar alinhar entre as coordenações uma maior articulação. Ele pontuou, por fim, que o que importaria, mais do que o profissional ser do NASF ou da saúde mental, é que o trabalho fosse direcionado pela política antimanicomial.

Em síntese, é possível perceber que, para dois gestores, existe um determinado perfil de trabalhador afinado politicamente com a referência antimanicomial, fundamento necessário para se realizar um cuidado em saúde mental adequado. Ao mesmo tempo, é preciso que a coordenação de saúde mental esteja presente, “controlando” os trabalhadores – com perfil ou não – para que a política de saúde mental aconteça da forma como se deseja. Considerando esse entendimento, uma consequência possível seria tomar o NASF como um risco para a política de saúde mental. Afinal, além de não possuir, necessariamente, trabalhadores com o perfil desejado, não pode ser orientado politicamente. Esse posicionamento dos gestores pode se traduzir em uma tentativa de manter os avanços instituídos na rede municipal baseados nas diretrizes antimanicomiais.

Em discussão com o CA, um dos participantes questionou aos demais profissionais e gestores de saúde se o risco de se perder a luta antimanicomial e a RP em BH era real. Em resposta, um participante afirmou que muitas vezes falta clareza do profissional em entender que o seu direcionamento da clínica deve estar afinado com a política de saúde mental do município, o que prejudica a organização do seu trabalho. Assim, defende que seja necessário haver sempre um resgate acerca da luta antimanicomial, clareando os norteadores da política e seus fluxos, principalmente para os novos profissionais. Outro participante resgatou um trecho de Merhy (2002), compartilhando que “todos os atores em situação, na saúde, disputam a gestão e produção

do cuidado”, para argumentar que se um território não é cultivado, ele será ocupado de alguma maneira. Ele considerou que os profissionais devem sustentar a RP e, para isso, a orientação precisa ser clara. Esse participante ponderou, por fim, que há um risco de “se perder dentro das instituições” mesmo para quem tem a orientação política da saúde mental, o que se acentua para quem não é orientado.

Tal problemática pode ser localizada desde o início da implementação das EqSM em BH. Quando se buscava promover um outro cuidado às pessoas com sofrimento mental grave, inserindo-as na APS, havia um notório movimento contrário, de resistência, caracterizado pelo preconceito direcionado a esses usuários (Goulart, 2004; Lobosque e Abou-Yd, 1998). Um gestor entrevistado pontuou que, nesse período, havia um receio de que a APS não conseguiria atender à lógica antimanicomial, segundo compreensão do cuidado em saúde mental como restrito a um atendimento estritamente psi. Porém, descreveu alguns movimentos que a gestão propôs para impulsionar uma mudança, como a sensibilização dos profissionais do CS ao apresentar, por exemplo, o filme “Em nome da razão”, de Helvécio Ratton, o qual denuncia o cotidiano de um hospital psiquiátrico. Atualmente, também é possível identificar essa dialética. Pastana (2019) demonstrou que no próprio âmbito da EqSM de BH há elementos instituídos da relação sociedade e loucura, como a defesa da internação psiquiátrica, assim como um movimento instituinte de tentativa de produção de novas práticas e subjetividades no cuidado em saúde mental.

Estudos realizados em outros municípios também revelam dificuldades no processo de institucionalização das ações de saúde mental no âmbito da APS, quer seja por EqSM (Prates, Garcia & Moreno, 2013) ou pelo NASF (Treichel, Campos & Campos, 2019). Dentre os obstáculos estão questões estruturais, subjetivas, culturais, epistemológicas e políticas; decorrentes do excesso de demanda e da carência de recursos (Treichel, Campos & Campos, 2019); prevalência de um modelo assistencial psiquiátrico; despreparo da eSF para o trabalho em saúde mental; e expectativa de obter encaminhamentos para consulta especializada (Prates, Garcia & Moreno, 2013). Assim, ainda que se busque produzir um movimento instituinte não manicomial, ou, no caso de BH, manter o que está instituído pela política de saúde mental, práticas pautadas por uma lógica manicomial seguem presentes, inclusive nos serviços geridos pela própria coordenação de saúde mental.

Portanto, é necessário reconhecer que há dificuldade, ou quiçá uma impossibilidade de implementação plena e sem conflitos de serviços respaldados pela política antimanicomial. Isso não seria, portanto, prerrogativa do NASF belorizontino ou

de qualquer outro lugar do Brasil. Também não se deve à referida coexistência de apoios matriciais em BH. Tal reconhecimento não visa à aceitação do *status quo* mas, pelo contrário, à uma contribuição para o contínuo avanço da RP, por impulsionar uma auto crítica indispensável no escopo da luta antimanicomial. Porém, esse não é um movimento tão fácil. Exemplo disso foram os questionamentos constantes disparados pela primeira autora e incorporados pela segunda autora, que permearam a escrita deste eixo do artigo: como evidenciar problemáticas de uma política tão admirável? A autocrítica que busca o fortalecimento dessa política, se alcançar defensores de uma assistência hospitalocêntrica e privatista, poderia instrumentalizar retrocessos? Esses questionamentos foram coletivizados com o CA, permitindo a análise da implicação das pesquisadoras e a aposta de que um movimento de desnaturalização do instituído seria imprescindível, ainda que de forma especialmente estratégica em contexto de instabilidade política.

Tal movimento de reflexão crítica interna à orientação antimanicomial é potente pois vai na contramão da concepção de que seria possível existir uma saúde mental sem um mandato social normativo (Antunes, 1998). À despeito dos inegáveis avanços da RP, ainda há a necessidade de enfrentamento das lógicas manicomiais fora das grades dos manicômios. Mesmo que se busque aniquilá-las e impedi-las, tais lógicas persistem, seja como premissa instituída, seja como um movimento instituinte, uma vez que a loucura enquanto instituição na nossa sociedade é constituída por movimentos dialéticos que incluem tanto avanços em direção à compreensão do louco como cidadão, quanto recuos. Tais movimentos podem permear, inclusive, profissionais com “perfil” para trabalhar na saúde mental, engajados com a luta antimanicomial – e, por isso, a necessidade de discutir, coletivizar, refletir criticamente.

Um caso ilustrativo dessa problemática se deu no município de Santa Luzia- MG. De acordo com Penido (2012), antes da integração da EqSM ao NASF do município, o primeiro era tratado como um braço da saúde mental no território. A mudança ocorrida com a referida integração, entretanto, produziu uma insegurança da equipe do CAPS. Para a autora, todavia, o status de “braço da saúde mental no território” não evitava eventuais conflitos entre a equipe matricial e o restante do corpo da saúde mental quanto a fluxos assistenciais ou condução de certos casos. Ademais, a insegurança do CAPS sugeria uma dificuldade de se pensar em rede, anunciando um deslocamento do suposto ponto de conflito, o que poderia apontar, na verdade, para o desafio de se assumir a integralidade do cuidado nas práticas das eSFs (Penido, 2012).

O contexto descrito acima pode sugerir uma lógica de raciocínio que tende ao especialismo, ainda que uma das pautas da RP e da luta antimanicomial seja exatamente uma proposta oposta. Entende-se por especialismo a compreensão de que há determinados saberes profissionais que detêm o conhecimento acerca da loucura, o que pode corroborar a restrição histórica do cuidado em saúde mental a serviços especializados do campo psi (Desviat, 2018). Ademais, pode ainda dificultar a promoção de autonomia dos indivíduos em sofrimento mental, uma vez que não é possível, a partir desse pressuposto, que o sujeito que vivencia a loucura seja um especialista de sua condição, porque esse título caberia aos psiquiatras e psicólogos (Desviat, 2018). Este se constitui como um atravessamento crucial na qualificação do cuidado em saúde mental na APS e deixa entrever o quanto a instituição da loucura, revestida de seus mitos e históricos de segregação, ainda se faz presente nas práticas em saúde.

De acordo com Prates, Garcia e Moreno (2013), a ampliação da discussão de saúde mental entre profissionais permite um trânsito maior do sujeito nas instituições de saúde. Pode, assim, contribuir para a desinstitucionalização, rompendo-se a lógica do especialismo. Nesse sentido, ponderamos que se o NASF belorizontino possui, de fato, fragilidades em produzir um cuidado consoante à orientação antimanicomial, apontada por dois gestores, vale questionar em que medida tais fragilidades não foram criadas pela cisão e falta de articulação com a EqSM. Defendemos que o encontro entre NASF e EqSM poderia contribuir de forma transversal para a transformação política e assistencial dos trabalhadores em direção à orientação antimanicomial, extremamente necessária, considerando que os profissionais do NASF podem acolher demandas de saúde diversas de psicóticos e neuróticos graves. Diante do exposto até aqui, entendemos a potência da transversalidade de um diálogo aberto entre NASF e EqSM belorizontinos para o compartilhamento dos processos de trabalho já experimentados pelas equipes.

Sobre essa discussão, durante a reunião com o CA, um participante indicou que a gestão de saúde mental não considerava ser imprescindível “lidar com o NASF” na época de sua implantação, pois já estava com as suas prioridades definidas e pautadas na RP, o que era necessário àquela época. Ainda que reconheça a importância dessa priorização, para ele, o não envolvimento com o NASF gerou uma “dívida histórica”, pois a política de saúde mental não se abriu para outras conversas que poderiam ampliar a integralidade do cuidado aos usuários. Ainda sobre a temática, esse participante reconheceu que a política de saúde mental de BH possui uma radicalidade necessária para que a RAPS seja substitutiva ao hospital psiquiátrico, ao mesmo tempo que ponderou alguns riscos do que

chamou de “desequilíbrio do excesso de radicalidade”, que pode mais “afastar do que aproximar”. Para ele, esse lugar de exclusividade para a EqSM pode se configurar em um lugar de especialismo, que não integra e cria uma “bolha”. Nesse sentido, defendeu que todos se apropriem desse cuidado, para que a psicóloga da EqSM não trabalhe sozinha com as “suas questões”, sob justificativa de que os demais profissionais não foram orientados. Outro participante destacou que não é possível afirmar que o NASF belorizontino não seja aliado à orientação antimanicomial, apenas porque está sob a gestão da APS.

Assim, embora o objetivo de preservar os avanços da RP pareça ter contribuído para assegurar a EqSM fora do NASF belorizontino, questionamos se a manutenção desse arranjo, hoje, sem uma articulação instituída com o NASF, continuaria contribuindo para esse avanço. Ressaltamos, nesse ponto, que a grande potência do AM está na sua dimensão formativa (Santos, 2019; Pastana, 2019), o que nos leva a questionar ainda se a manutenção do atual arranjo contribui para a qualificação do cuidado em saúde mental ofertado pela APS belorizontina, orientado pelo princípio da integralidade.

Considerando que a política de saúde mental de BH é reconhecida nacionalmente por sua forte sustentação antimanicomial (Abou-YD, Silva & Souza, 2008; Almeida, 2018; Goulart, 2015; Moreira, 2013), e que desde 1985 já visava integrar a saúde mental no contexto global da saúde (Ferreira Neto, 2008), o nosso questionamento busca o seu fortalecimento e ampliação. Como apontam Emerich e Onocko-Campos (2019, p12) “corremos o risco constante de sermos atravessados por repetições nas proposições de mudanças que produzimos”, sendo urgente a problematização das construções de estratégias do cuidado, do funcionamento dos equipamentos de saúde e das ofertas clínicas que construímos, uma vez que está sempre parcialmente acabado, mas nunca pronto (Emerich & Onocko-Campos, 2019).

Considerações Finais

A partir de um levantamento bibliográfico, entrevistas com gestores do NASF e EqSM em BH, bem como coletivização das análises com um CA, analisamos alguns atravessamentos e transversalidades institucionais presentes no histórico de implementação das estratégias matriciais que coexistem em BH e produzem cuidado em saúde mental, com enfoque nas possíveis tentativas de articulação e distanciamentos entre as respectivas gestões.

Identificamos que a coexistência de psicólogas lotadas nas diferentes estratégias matriciais na APS é um analisador do processo de implementação das práticas matriciais da EqSM e do NASF em BH. Tal análise contribuiu para desvelar que rearranjos no âmbito da gestão poderiam acarretar movimentações no organograma e financiamento organizacional, bem como nas orientações das políticas de saúde. Constatamos que no ato fundador do NASF em BH houve a necessidade de diferenciação entre EqSM e NASF e uma ausência de diálogo para construir articulações possíveis, o que é constantemente reativado para a manutenção do que se institucionalizou. Isso pode ter sido necessário para justificar a implantação do NASF e, ao mesmo tempo, a manutenção da EqSM, sem riscos de se “perder espaços” já garantidos de ambos os lados. Questionamos o que, nesse movimento, se deixou de ganhar para o cuidado em saúde mental ofertado pela APS.

Em seguida, refletimos que o medo de retrocessos no escopo da orientação antimanicomial da EqSM pode gerar uma busca pelo controle do alinhamento político afinado aos preceitos da RP e pela articulação apenas entre os trabalhadores “com perfil”. Ao mesmo tempo que esse contexto pode contribuir para a resistência da luta antimanicomial frente a retrocessos federais, pode, contraditoriamente, reforçar o especialismo que atravessa a instituição loucura na sociedade, dificultando a adesão de mais profissionais de saúde na luta pela RP. É necessário, pois, uma auto reflexividade constante de todos os atores envolvidos nesse processo, o que no escopo institucionalista pode ser transposto para a necessidade de colocar em análise as implicações em jogo nesse cenário.

Com esse percurso traçado, concluímos que EqSM e NASF belorizontinos acumularam saberes e práticas ao longo dos anos de implementação, consistindo em dispositivos potencialmente qualificadores do cuidado em saúde mental na APS. Assim, os posicionamentos antagônicos entre as gestões podem ter sido importantes para a demarcação de determinadas políticas e o fortalecimento dos serviços, como alguns gestores apontaram. A articulação com a militância antimanicomial e o enfrentamento decidido da gestão da saúde mental foi crucial para que os loucos egressos de manicômios fossem incluídos no território, nos CS. Da mesma forma, o foco do NASF na reabilitação foi estratégico, por incluir uma oferta de serviços até então inexistentes na APS, permitindo inclusive a ampliação das ofertas em saúde mental. Com pelo menos 12 anos de construção e uma expertise acumulada por ambas estratégias, o AM está consolidado na APS em BH. Por outro lado, essa construção foi feita sem articulação entre NASF e

EqSM, o que pode ter despotencializado as contribuições do AM para a qualificação do cuidado em saúde mental na APS do município, dada a fragmentação dos processos.

Um limite do presente estudo foi o fato de não ter partido de um diálogo genuíno entre os gestores, mas ter fomentado um encontro entre as entrevistas realizadas individualmente por meio de um manejo metodológico. Acreditamos que a possibilidade de um diálogo real poderia contribuir ainda mais para a construção de outras narrativas entre NASF e EqSM. Ressaltamos, entretanto, que esse encontro tem sido possibilitado, em alguma medida, no âmbito do referido CA, do qual os atuais gestores e membros de suas equipes participam, reafirmando o caráter participativo e formativo dessa pesquisa-intervenção. Assim, a produção das análises com o CA foi essencial, além de ter sido balizadora da análise da implicação das pesquisadoras.

Por fim, apostamos que a proposta de desnaturalizar a cisão entre tais estratégias matriciais, que demonstramos ter sido construída historicamente e com alguns custos, possa fortalecer a APS belorizontina, em articulação com a política de saúde mental do município, reforçando a construção coletiva, inovadora e transversal do SUS de BH. Esperamos, pois, que haja reverberações múltiplas no campo entre os protagonistas de tais estratégias matriciais, tal como a intenção de Penido et al (2018). Diante do projeto crescente de precarização do SUS, tanto da APS quanto da RAPS, mais do que nunca a articulação entre as gestões do NASF e EqSM podem potencializar a defesa da manutenção da ESF e do AM enquanto dispositivo basilar de qualificação das ações em saúde mental com base territorial e comunitária.

5 ARTIGO 2 – TENTATIVAS DE ARTICULAÇÃO ENTRE AS EQUIPES DE SAÚDE MENTAL E O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF): EFEITOS PARA A QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

RESUMO: Em Belo Horizonte (BH/MG), Equipes de Saúde Mental (EqSM) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) realizam Apoio Matricial (AM) às mesmas Equipes de Saúde da Família, visando qualificá-las. As equipes apoiadoras raramente se articulam, o que pode dificultar a produção de um cuidado em saúde mental (SM) integral. Há movimentações inovadoras que buscam romper tal desarticulação. Buscamos analisar as potências e limites das atuais tentativas de articulação entre NASF e EqSM para a qualificação do cuidado em SM. Essa é uma pesquisa-intervenção de cunho participativo e formativo. Observamos duas situações de encontro entre EqSM e NASF e realizamos entrevistas com alguns dos seus participantes. Buscamos identificar analisadores, operador socianalítico que realiza a análise, e trabalhamos com um Coletivo Ampliado de Pesquisadores. A frágil e conflituosa tentativa de divisão de clientela entre as psicólogas da EqSM e do NASF foi analisadora das atuais tentativas de articulação entre apoiadores. Desvelou-se, assim, limites de tais articulações, como o especialismo que atravessa o cuidado em saúde mental, e potências, como o fortalecimento da função apoio à eSF. A dimensão formativa do AM precisa ser fortalecida para que, quando juntos, EqSM e NASF potencializem a qualificação do cuidado em SM ofertado na APS. Os desafios decorrentes de retrocessos políticos na saúde pública e do enfrentamento à pandemia da Covid-19 intensificam o imperativo de articulação entre apoios, que deve sempre considerar o protagonismo da eSF e usuários, buscando a produção de um cuidado integral em saúde mental.

Introdução

O Apoio Matricial (AM) é um arranjo organizacional e uma metodologia de trabalho que pretende modificar a atenção em saúde. Dentre seus objetivos estão evitar a fragmentação do cuidado, buscando a ampliação da clínica e a interdisciplinaridade (Campos et al, 2014), bem como a democratização das relações de trabalho e a qualificação do atendimento em saúde (Oliveira & Campos, 2015). Para isso, possui duas dimensões, uma assistencial e outra técnico-pedagógica (Campos e Domitti, 2007), sendo

que a segunda permite a qualificação das ações em saúde (Santos, 2019; Pastana, 2019) e contribui para o aumento da autonomia e da segurança dos trabalhadores da eSF (Penido, 2012), ampliando a capacidade resolutiva das equipes (Campos et al, 2014).

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS), o AM acontece entre equipes de apoiadores matriciais, compostas por profissionais de diferentes áreas especializadas e Equipes de Saúde da Família (eSF), compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) responsáveis por uma clientela adscrita a determinado território. Ressaltamos que as eSF são um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como diversas formas de sofrimento psíquico (Brasil, 2005). Nesse contexto, o AM pode contribuir para a inclusão mais resolutiva e fortalecida do cuidado em saúde mental na APS (Chiaverini et al, 2011; Gama e Onocko Campos, 2009), ampliando a clínica das eSF e dos próprios apoiadores (Pastana, 2019; Bispo Jr & Moreira, 2017).

Em Belo Horizonte (BH), Minas Gerais (MG), coexistem duas equipes apoiadoras matriciais: a Equipe de Saúde Mental (EqSM), composta por psicólogas e psiquiatras; e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por profissionais de diferentes núcleos de saber, inclusive da psicologia. Ambas estratégias podem ofertar ações em saúde mental (Penido et al, 2018). Porém, há uma tentativa de divisão de clientela entre elas que indica, de modo geral, que a EqSM deve se responsabilizar pelos casos graves e o NASF por casos leves (Azevedo, 2011; Dantas, 2014; Penido et al, 2018).

No cotidiano dos serviços, há certa desarticulação entre as estratégias matriciais de BH (Azevedo e Kind, 2013; Dantas e Passos, 2018; Penido et al, 2019). Azevedo e Kind (2013), ao abordarem o NASF belorizontino, identificaram que as psicólogas dessa estratégia matricial possuem dificuldade de relacionamento com as EqSM, não havendo nenhum contato entre elas. Já Dantas e Passos (2018), em estudo com enfoque nas EqSM de BH, constataram que a relação entre elas e o NASF é frágil, com cada um desenvolvendo o respectivo trabalho de forma isolada. Tal desarticulação entre apoios pode ser entendida, em partes, pelo histórico de implementação das EqSM anterior ao NASF e por pertencerem a diferentes coordenações no nível central de gestão - gerência de saúde mental no caso da EqSM, e gerência da APS no caso do NASF. Alguns atravessamentos institucionais e transversalidades que permearam e permeiam a manutenção histórica dessas duas estratégias matriciais com pouca articulação entre as gestões são discutidos no Artigo 1 dessa dissertação.

De toda forma, a atuação desarticulada entre EqSM e NASF em BH produz algumas consequências, segundo a literatura. Por exemplo, muitas vezes reforça um encaminhamento burocrático entre as diferentes estratégias, sustentando uma prática incoerente com os próprios princípios da metodologia matricial, dificultando o acesso dos usuários ao serviço (Penido et al, 2018). Outrossim, no escopo da pesquisa guarda-chuva sobre “O caráter técnico-pedagógico do Apoio Matricial em BH”, a qual o presente estudo integra, encontramos pistas de que a ausência de um espaço de discussão em comum entre NASF e EqSM pode dificultar intervenções pautadas na integralidade do cuidado e na qualificação das eSF, principalmente no que se refere à abordagem dos usuários com sofrimento mental grave (Santos, 2019; Pastana, 2019).

Porém, também constatamos a existência de algumas situações de encontro entre os apoiadores matriciais de ambas estratégias que buscam romper com tal desarticulação. Considerando-as como movimentos instituintes (Lourau, 2004a), inovadores, este estudo busca analisar as potências e limites das atuais tentativas de articulação entre NASF e EqSM para a qualificação do cuidado em saúde mental em BH.

Método

Este estudo, assim como a pesquisa guarda-chuva a qual integra, configura-se como uma pesquisa-intervenção de cunho qualitativo, participativo e formativo, respaldada teórico-metodologicamente pela Análise Institucional (Rossi & Passos, 2014). Foram aprovadas pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – CAAE: 71332917.3.0000.5149 e pela Prefeitura Municipal de Belo Horizonte MG – CAAE: 71332917.3.3001.5140.

Ao longo do processo do presente estudo, três etapas foram produzidas (Figura 2): 1) Identificação das situações de encontro entre NASF e EqSM; 2) Observações das situações de encontro entre NASF e EqSM, seguida por uma análise preliminar; 3) Entrevistas com os participantes de tais situações de encontro, seguido por uma análise preliminar. Ao longo de todo processo, buscamos identificar analisadores (Lourau, 2004b), operadores socioanalíticos que tanto desvelam o que está instituído e os movimentos instituintes, quanto agem como catalisadores, ou seja, podem provocar modificações nos jogos de forças que atravessam e constituem as instituições (Lourau, 2004d).

Sendo o analisador que realiza a análise (Lourau, 2004d), contamos com Coletivo Ampliado de Pesquisadores (CA) para nos ajudar nessa identificação. Tal coletivo é composto por trabalhadores e gestores da rede, pesquisadores e estudantes, que se encontram em reuniões bimestrais e contribuem para algumas deliberações da pesquisa e para a ampliação das análises preliminares realizadas. Ao final de cada encontro, uma ata era produzida de forma a registrar as contribuições dos participantes. Para este estudo, consultamos tais atas e inserimos alguns dos seus fragmentos ao longo do texto. Reafirmamos, assim, o caráter participativo e colaborativo, segundo a parceria epistemológica proposta pela pesquisa-intervenção (Penido & Machado, 2017).

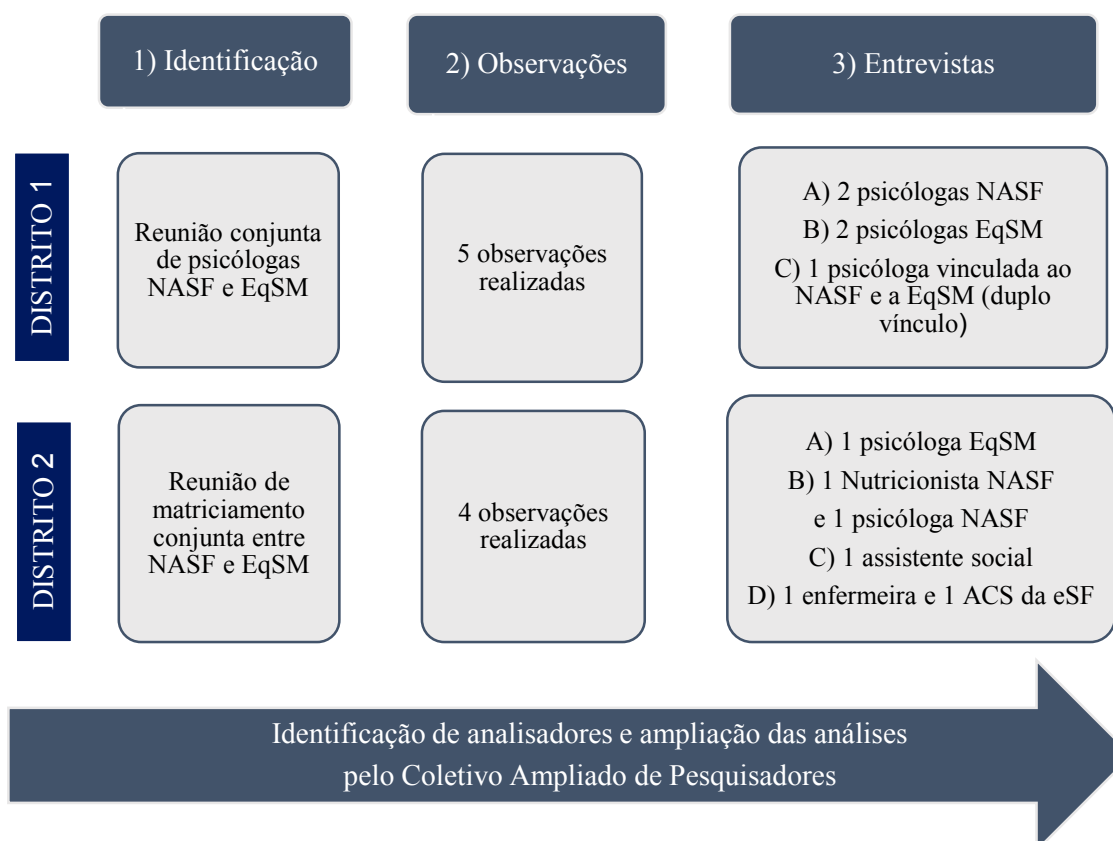


Figura 2. Etapas do estudo

Na primeira etapa, os dados produzidos anteriormente na pesquisa guarda-chuva foram consultados, visando identificar quais eram as situações de encontro entre as estratégias matriciais existentes nos dois distritos sanitários de BH que já participavam da pesquisa. Nesse mapeamento, foi constatado que havia, em cada um dos distritos

incluídos, pelo menos uma situação. No Distrito 1, mensalmente, psicólogas apoiadoras matriciais do NASF e da EqSM se encontravam com as Referências Técnicas (RT) do NASF e da saúde mental para discutir algumas temáticas específicas e processos de trabalho em comum. No Distrito 2, mensalmente, NASF e EqSM participavam de uma reunião de matriciamento conjunto com uma eSF específica, experiência que funcionava como uma espécie de projeto piloto.

Após a identificação e pactuação com o campo, realizamos observações de tais situações, buscando acompanhar processos e movimentos (Kastrup, 2015; Passos & Airado, 2015). Para isso, um ou dois pesquisadores acompanharam as reuniões com uma atenção sensível e cartográfica, a qual evita o relaxamento passivo tanto quanto a rigidez controlada e busca acessar “elementos processuais provenientes do território” (Kastrup, 2015, p 49). Após cada observação, cada pesquisador registrava seu relato daquilo sobre o que se atentou e, a partir desses dois documentos, um relato único era construído. Realizamos uma análise preliminar de tais relatos, discutida com o CA. Ressaltamos que a quantidade de situações observadas seria definida ao longo do processo, mas a real definição se deu pelo contexto de pandemia decorrente da Covid-19 e as orientações de distanciamento social, o que gerou a paralisação das atividades coletivas na APS, pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH) (Belo Horizonte, 2020).

Para a terceira etapa, a proposta inicial era realizar grupos de reflexão inspirados em grupos focais (Santos, 2019) com os participantes das situações observadas. Porém, o contexto sanitário impossibilitou a sua realização presencial, o que nos levou a repensar as técnicas de produção de dados. Diante disso, poderíamos optar por realizar tais grupos de forma *online* (Fox, 2019), porém, considerando a estrutura e a dinâmica das UBS - a disponibilidade de equipamentos, acesso à internet e local silencioso – haveria muitas dificuldades. Assim, acolhemos a ideia do *online*, considerando ser a mais segura em tempos de pandemia, mas escolhemos realizar entrevistas coletivas ou individuais (Tedesco, Sade & Caliman, 2013; Sade, Barros, Melo & Passos, 2013) com no máximo dois participantes, buscando minimizar possíveis impactos negativos desse formato remoto. As entrevistas aconteceram via Google Meets, plataforma gratuita de videoconferência que já estava sendo utilizada pela SMSA-BH para reunião com trabalhadores da rede.

A escolha dos participantes e sua alocação em entrevistas coletivas levou em consideração alguns elementos que nos pareceram importantes. Ponderamos que, nas

observações, foi possível acompanhar processos de composição mais heterogênea, em que trabalhadores de diferentes equipes interagem e tornavam possível a identificação de conflitos entre equipes. Assim, para as entrevistas, apostamos em espaços mais homogêneos, agrupando trabalhadores de um mesmo segmento institucional: profissionais de apoio (NASF ou EqSM) ou profissionais da eSF - o que possibilitaria a emergência de pontos de aproximação e distanciamento intra equipes, ampliando as análises. O convite aos profissionais foi feito com base na relevância de suas contribuições, ao longo das observações, para o objeto da pesquisa. As RT do NASF e saúde mental de cada distrito participaram desse processo de escolha, por serem membros do CA e participarem das situações observadas, possuindo, pois, um papel estratégico.

No total, 7 entrevistas foram realizadas. 3 delas abordaram profissionais do Distrito 1, sendo: a) 2 psicólogas do NASF; b) 2 psicólogas da EqSM; c) 1 psicóloga com duplo vínculo/NASF e EqSM. Outras 4 entrevistas foram realizadas com profissionais do Distrito 2, sendo: a) 1 nutricionista e 1 psicóloga do NASF; b) 1 psicóloga EqSM; c) 1 assistente social de apoio da UBS, que não compõe o NASF ou a EqSM; d) 1 enfermeira e 1 ACS da eSF. As entrevistas foram registradas em gravação de áudio e posteriormente transcritas, mediante consentimento expresso dos participantes, via aceitação online do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido na plataforma Google Forms.

Nesse ponto, destacamos que as entrevistas com manejo cartográfico permitem acompanhar processos e neles intervir, sendo os “acontecimentos disruptivos que nos interessam conhecer” (Tedesco, Sade & Caliman, 2013, p 300). Assim, indo ao encontro dessa proposta metodológica, perguntas e elementos inspiradores para a entrevista foram propostos (Apêndice B), havendo espaço para que os entrevistados e entrevistadoras trouxessem outros pontos e compartilhassem experiências. Além disso, inserimos fragmentos descritivos das situações observadas na etapa anterior, por considerar que propiciariam aos participantes um movimento crítico-reflexivo dos seus processos de trabalho.

Ressaltamos que o processo de busca por identificar potenciais analisadores (Lourau, 2004b) permeou todo o desenrolar de pesquisa, não sendo “uma etapa a ser realizada apenas ao final do processo, na qual o material de campo poderia ser, enfim, compreendido” (Barros & Barros, 2013, p 378). Além disso, considerando nosso enfoque sobre as instituições e o compromisso ético de sigilo aos participantes da pesquisa, buscamos não identificar os entrevistados ao longo do texto. Expressões ou frases na íntegra dos relatos das observações ou entrevistas serão indicados pelo uso de aspas,

porém, não identificaremos o interlocutor, apenas a qual distrito pesquisado está vinculado. Esse recurso utilizado na escrita, não usual, permite que o texto não se fragmente e que os movimentos institucionais sejam o enfoque, em detrimento de uma individualização das narrativas. Também contribui para materializar a parceria epistemológica proposta pela pesquisa-intervenção, diminuindo a distância entre entrevistador e entrevistado, ao passo que todos são entendidos como pesquisadores

Por fim, justificamos que as análises foram realizadas reunindo-se o material produzido nos dois distritos, mesmo sendo situações de produção de dados diferentes, pela aposta de que tais nuances poderiam contribuir para desvelar atravessamentos importantes do objeto de pesquisa, ao fazer dialogar dados produzidos somente entre apoiadores e entre apoiadores e eSF.

Resultados e Discussão

Para iniciarmos a apresentação dos resultados e discussão, descreveremos o histórico de implementação da reunião conjunta de psicólogas apoiadoras do Distrito 1 e da reunião de matriciamento conjunto do Distrito 2, bem como participantes mais frequentes (ou seja, aqueles que compareceram em pelo menos 2/3 dos encontros observados) e a dinâmica de tais situações observadas (Quadro 2).

Quadro 2

Descrição das situações observadas

Distrito	Situação	Participantes mais frequentes	Dinâmica da reunião
1	Reunião conjunta entre psicólogas do NASF, da EqSM e respectivas	NASF (2 psicólogas); EqSM (7 psicólogas); 1 psicóloga com duplo vínculo (NASF e EqSM); Referência Técnica do	Mensal, posteriormente bimestral; duração média de 2h, na sede distrital da Secretaria de Saúde. Discussão sobre processos

	referências técnicas	NASF; Referência Técnica da saúde mental	de trabalho e temáticas do campo da psicologia.
Distrito	Situação	Participantes mais frequentes	Dinâmica da reunião
2	Reunião de matriciamento conjunta entre eSF, NASF, EqSM	eSF (médico, enfermeira, até 4 ACS, 1 técnica de enfermagem, até 2 técnicos da odontologia); NASF (nutricionista, fonoaudióloga, fisioterapeuta, farmacêutica, psicóloga); EqSM (psicóloga); Assistente Social da UBS.	Mensal; duração média de 2h, em uma UBS do Distrito. Segue a mesma dinâmica de uma reunião ordinária de matriciamento, com exceção da presença simultânea de ambas equipes apoiadoras. A reunião gira em torno da discussão de casos novos trazidos pela eSF e devolutivas de casos pelos apoiadores do NASF e EqSM.

A reunião de psicólogas da EqSM e do NASF do Distrito 1 foi inicialmente proposta pelo RT da saúde mental, apenas para as psicólogas da EqSM discutirem seus processos de trabalho e temáticas pertinentes à categoria profissional. A partir da constatação de demandas em comum com a psicologia do NASF, como a discussão sobre os casos de transtorno de aprendizagem e encaminhamentos das escolas, apoiadoras da EqSM e do NASF demandaram encontros conjuntos, integrando as psicólogas de ambas equipes. Nessas reuniões observadas, participavam, mais frequentemente, 2 psicólogas do NASF; 7 psicólogas do EqSM; 1 psicóloga com duplo vínculo (NASF e EqSM); RT do NASF; RT da saúde mental. Destaca-se que nesse distrito havia, na época das observações, 5 psicólogas do NASF, das quais 2 estavam de férias ou licenças e 14 psicólogas da EqSM. Em uma das reuniões, nenhuma psicóloga exclusivamente do NASF estava presente. Ressaltamos que, nesse distrito, as psicólogas do Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) - nome dado ao CAPS em BH- podem participar de reuniões de matriciamento de saúde mental, porém, não participavam dessa reunião.

Várias temáticas foram discutidas entre os profissionais, tais como: fluxo de crianças encaminhadas pela escola, mudanças das diretrizes federais para a APS, articulação entre NASF e EqSM, etc. A reunião acontecia mensalmente durante as primeiras observações. Porém, por sugestão do RT da saúde mental, passou a ser bimestral, de modo a também intercalar uma reunião apenas com as psicólogas da EqSM para debater questões que seriam específicas. Com o contexto da pandemia decorrente da Covid-19, houve a suspensão das reuniões coletivas presenciais. Após um tempo, apenas as reuniões de psicólogas por estratégia matricial separadas foram retomadas virtualmente e, 8 meses depois, as reuniões conjuntas voltaram a acontecer a cada 2 meses, de forma remota.

Em relação ao histórico da reunião de matriciamento conjunto do Distrito 2, essa é considerada um projeto piloto que surgiu a partir de articulação da terapeuta ocupacional do NASF e a psicóloga da EqSM. Ambas profissionais questionavam a separação entre as duas estratégias matriciais e fizeram a proposta à gerente da UBS, que aceitou e escolheu uma das eSF para participar. Identificamos que os demais profissionais do NASF e a eSF não idealizaram ou integraram o processo de construção da reunião de matriciamento conjunto. Durante essas reuniões observadas, os integrantes da eSF que participavam consistiam em: 1 enfermeira; de 2 a 4 ACS; 1 médico (até a sua saída da UBS, antes mesmo da fase de realização das entrevistas); e 2 técnicos da odontologia. A EqSM da UBS era composta por 1 psicóloga, que participou de todas as reuniões. Essa composição reafirma os achados de Pastana (2019) de que as EqSM são comumente caracterizadas como “equipe”, contando apenas com uma categoria profissional. A assistente social de apoio da UBS também participou de todos os matriciamentos conjuntos. Por fim, integravam a reunião os profissionais do NASF, tais como: nutricionista, fonoaudióloga, fisioterapeuta, farmacêutica e psicóloga. Alguns deles, pela carga horária restrita a 20 horas nessa estratégia matricial, não podiam participar da reunião, que acontecia em horário em que não estavam na rede. A psicóloga do NASF, que é a categoria profissional duplicada nas equipes de apoio participantes, esteve presente em metade das reuniões observadas. Após a mudança do horário da reunião, alguns profissionais do NASF que podiam participar deixaram de poder, outros que não podiam passaram a participar.

A dinâmica da reunião de matriciamento conjunto, de modo geral, era dividida em dois momentos: novos casos trazidos pela eSF para serem discutidos com NASF e/ou

EqSM, e novos casos trazidos pelos apoiadores. Eventualmente, havia discussão dos processos de trabalho e informes. Com o contexto da pandemia decorrente da Covid-19, houve a suspensão de todas as reuniões de matriciamento da APS belorizontina. Após 8 meses, a reunião conjunta voltou a acontecer presencialmente, porém, com a piora do quadro epidemiológico do município foram novamente suspensas, havendo a proposta de serem retomadas virtualmente, o que não havia se concretizado até abril de 2021.

Com a descrição dos históricos de implementação e das dinâmicas das atuais tentativas de articulação entre NASF e EqSM realizadas, buscaremos compartilhar os movimentos institucionais que se evidenciaram nas entrevistas e observações. Como já indicado, a análise é produzida por analisadores (Lourau, 2004e), que lançam luz sobre práticas e concepções cristalizadas que, por sua vez, são tensionadas por forças instituintes, visando a sua transformação. Nesse sentido, identificamos que a tentativa de divisão de público alvo entre as psicólogas da EqSM e do NASF são analisadoras das atuais tentativas de articulação entre apoios para a qualificação do cuidado em saúde mental. Diante disso, aprofundaremos nessa problemática a seguir.

Afinal, “de quem” é o caso? Disputas entre psicólogas da EqSM e do NASF como um analisador

Nas observações e entrevistas realizadas nos Distritos 1 e 2, foram percebidas constantes tentativas de se delimitar o público alvo das psicólogas do NASF e da EqSM. Alguns profissionais indicaram que esse é um movimento frágil, e que tal delimitação talvez seja impossível de se concretizar. Além disso, foram apresentadas decorrentes consequências negativas para usuários, apoiadores e qualificação das eSF.

Em relação à delimitação do público alvo da EqSM, em ambos os distritos houve a concepção de que é mais fácil para essa estratégia matricial, se comparada ao NASF, por ter sido criada anteriormente e possuir o escopo de seu trabalho bem definido, o que já havia sido identificado por Penido et al (2018) e Dantas e Passos (2018). Descreveu-se que tal delimitação do público alvo da EqSM prioriza, de modo geral: o atendimento de casos graves; ideação suicida; autismo; transtornos que demandam atendimentos regulares e a longo prazo; uso prejudicial de álcool e outras drogas; psicose; neurose grave. Em certa consonância, um documento institucional da SMSA-BH aponta que a

EqSM deve priorizar público com sofrimento mental grave, psicóticos e neuróticos graves (Belo Horizonte, 2003).

A tentativa de delimitação da clientela com base em diagnósticos estruturais psicanalíticos é corroborada pela literatura, reafirmando a ligação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de BH com a psicanálise (Ferreira Neto, 2008a; Lobosque & Abou-Yd, 1998; Penido et al, 2018). Nas entrevistas do Distrito 2, algumas críticas sobre essa delimitação foram compartilhadas. Por exemplo, ponderou-se que “deve ser surreal” para a eSF compreender conceitos psicanalíticos para saber com qual equipe apoiadora se deve discutir os casos. Além disso, questionou-se a priorização de clientela com base em diagnósticos, defendendo que a categoria a ser analisada para priorizar um atendimento deveria ser o sofrimento do usuário. De fato, a gravidade do caso não está necessariamente e apenas relacionada a um diagnóstico, devendo-se considerar outros aspectos como redes de apoio.

Relacionado a isso, durante a reunião do CA indicou-se que o diagnóstico de base psicanalítica é o elemento central nos matriciamentos da EqSM para definição do encaminhamento dos casos, o que despotencializa o cuidado ao usuário. Foi pontuado que, ao se falar de estrutura psíquica, dever-se-ia pensar no manejo do caso, mas ela passa a ser utilizada como “um regulador do que entra ou não na agenda”. Assim, indicou-se que o atual discurso da gerência municipal de saúde mental visa distanciar-se das estruturas de neurose e psicose, focando no sofrimento psíquico e transtorno mental severo e persistente. Há o reconhecimento, todavia, de que a força do discurso inicial da década de 90, respaldado pela psicanálise, dificulta mudanças nos dias de hoje. Ferreira Neto (2008b) aponta que a psicanálise lacaniana se estabeleceu na RAPS de BH ocasionando algumas dificuldades, as quais vêm sendo trabalhadas com o tempo por meio da incorporação de uma postura menos sectária, distanciando-se de ortodoxias teóricas e aproximando-se “de uma discussão mais interdisciplinar”, que exige “novas conexões, novos interlocutores e novas saídas” (Ferreira Neto, 2008b, p111).

Para além de uma articulação com a psicanálise, a priorização do público alvo da EqSM remete à ligação histórica com o movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e a luta antimanicomial (Ferreira Neto, 2008a; Lobosque & Abou-Yd, 1998). A criação de EqSM na APS visava à inclusão da loucura no território, considerando que o cuidado pelas eSF é estratégico para o avanço da RPB. Nas entrevistas do Distrito 1, esse

compromisso ético e político foi reafirmado. Justificou-se que a EqSM trabalha com a RAPS e é preciso “dar conta de tais demandas”. Ao mesmo tempo, houve a defesa de uma flexibilidade, no sentido de que “não se abra mão das psicoses”, mas que também sejam acolhidas “outras demandas de psicologia da UBS”. Além disso, questionou-se a ideia de que a EqSM não faz visita domiciliar e, por isso, os casos que possuem tal demanda seriam para o NASF; bem como a possibilidade da EqSM realizar grupos de promoção de saúde. Afirmou-se que mesmo internamente à EqSM ainda há questões sobre o que cabe à psicologia, o que são exatamente os casos graves e qual é a expectativa para esses atendimentos, apontando que psicólogas dessa estratégia matricial atendem casos que não são do seu recorte específico.

A respeito do escopo do trabalho da psicologia do NASF, nas entrevistas de ambos os distritos constatou-se que este não é tão definido quanto na EqSM, ficando a psicóloga com o “resto” das demandas que a EqSM não absorve - conforme já apontado por Penido et al (2018) - em uma espécie de “não lugar”. Ao mesmo tempo, houve uma problematização de tal condição, entendida como algo a ser superado. Em uma entrevista do Distrito 1, alegou-se que a “falta de institucionalização do papel da psicologia do NASF enfraquece o trabalho e a estima” de tais profissionais. De acordo com Penido et al (2018), o “resto” atribuído às psicólogas do NASF indica tanto uma sobrecarga quanto uma exclusão do processo decisório da delimitação do seu público alvo. Nesse contexto, apontou-se que há um risco de que o acolhimento de alguns usuários pareça “escolha pessoal”, gerando tensionamentos entre o NASF e as eSF. Nas entrevistas de ambos os distritos, questionou-se o que é a reabilitação para a psicologia e a psicologia da reabilitação, uma vez que o NASF tem na reabilitação uma de suas referências mais importantes para a organização do processo de trabalho. Sobre tais questões, Dantas e Passos (2018, p215) apontam a “histórica separação entre deficiência física e mental e o sofrimento mental” no Brasil, destacando a criação do precedente do NASF em BH, os Núcleos de Apoio à Reabilitação (NAR), como essenciais para compreender esse recorte atual, também constatado por Azevedo e Kind (2013).

É nesse contexto que houve tentativas de delimitar as ações e o público alvo das psicólogas do NASF, sendo elas: ações coletivas; casos leves; transtornos mentais comuns; saúde mental do cotidiano ou do território; atendimentos breves; intervenções em grupo de prevenção e promoção; visitas domiciliares; apoio à família; reabilitação e adaptação de mundo; saúde do trabalhador; dificuldade de rotina ou ansiedade; casos

envolvendo interlocução da escola; casos que trabalham a integralidade; etc. Ainda ponderou-se que a psicóloga do NASF é “mais circulante”, se comparado com a EqSM. Em documento institucional da SMSA-BH, indica-se que as atribuições da psicóloga do NASF envolvem: acompanhamento de usuários atendidos pela equipe de reabilitação que apresentem questões emocionais associadas e que tenham demanda para atenção domiciliar ou atendimento individual; o acompanhamento da família e cuidadores no processo de reabilitação; coordenação de grupos que favoreçam a reflexão e o compartilhamento de saberes e experiências, dentre outros (Belo Horizonte, 2010).

De acordo com Dantas e Passos (2018), a psicóloga do NASF estaria mais voltada para os casos leves, abordados de forma pontual, sem acompanhamento prolongado. Além disso, as autoras também encontraram certa comparação de que o NASF realizaria ações coletivas, enquanto a EqSM estaria voltado para questões clínicas. Azevedo (2011, p 74) aponta que psicólogas indicadas a compor as equipes de NASF deveriam “atuar em parceria com os outros profissionais da reabilitação, fazer visitas domiciliares e realizar ações que os outros psicólogos da rede não podem desenvolver”. Ou seja, delimita-se o escopo da psicologia do NASF pela articulação com a reabilitação, mas também pela falta, pela negativa da EqSM ou pelo que ele já absorve. Esse contexto, além de dizer do lugar do NASF como “o outro”, também revela algo sobre a própria EqSM. Se o NASF abarca o que falta na EqSM, e dentre as suas demandas estão trabalhar com “promoção”, “integralidade” e “visitas domiciliares” – como apontado pelos interlocutores – então, significa que a EqSM não abarca tais aspectos? Se assim o for, como cindir saúde mental de promoção de saúde e de dispositivos que endossam o cuidado territorial, integral e comunitário?

Diante dessas frágeis tentativas de esclarecer a demanda endereçada às psicólogas da EqSM e do NASF, em ambos os distritos foi apontado que tal cisão de público alvo pode prejudicar o acesso dos usuários ao serviço, corroborando Penido et al (2018). Indicou-se que há casos que ficam em um "limbo", que ora encontra vazão no NASF, ora na EqSM, ou pior, ficam por vezes sem atendimento. No Distrito 1, informou-se que é comum haver discussões sobre "o que é NASF e EqSM?" e “para quem é o caso?” nas reuniões de matriciamento de cada estratégia matricial, “perdendo muito tempo” nesse embate. No Distrito 2, houve a aposta de que a discussão “se o caso é para o NASF ou EqSM será eterna, independente de haver matriciamento separado ou conjunto”.

No escopo de tal discussão, no Distrito 1 apontou-se que debates sobre “quem vai pegar o caso” geram “tensões e desavenças” entre apoiadores, tendendo a “dividir as equipes de apoio”. Nesse contexto, avaliou-se como incômoda a convivência entre as equipes de NASF e saúde mental, por precisarem estabelecer cotidianamente “o que é de um e de outro”, considerando que as demandas para as psicólogas de cada estratégia matricial “se misturam”. Exceção à essa situação foi encontrada na entrevista da psicóloga com duplo vínculo (NASF e EqSM) desse distrito, que comenta que, por estar tanto no NASF quanto na EqSM, não se vê dividida, considerando que é a psicóloga de apoio do posto, em uma perspectiva “mais ampliada”. Ou seja, atua em uma lógica do “e” (atende o público alvo de ambas as estratégias) em detrimento do “ou”, ao contrário do que acontece majoritariamente na rede. De acordo com Dantas e Passos (2018, p 215), os tensionamentos entre as psicologias da EqSM e do NASF decorrem de “disputas de espaço institucional e político sobre o campo de atuação da saúde mental, revelando certa fragmentação do cuidado e distanciamento da proposta nacional de integração”. A situação faz pensar na urgência de se manter os usuários como “o foco da organização dos serviços de saúde e da atuação dos diversos profissionais, de forma a não transformar as unidades de saúde em campos de batalha” que “fatiam” o usuário, tal como indicado por Ellery, Pontes e Loiola (2013, p 434).

Nas entrevistas do Distrito 2 houve a constatação de que no matriciamento conjunto também acontecem muitos confrontos entre apoiadores para definir se o caso seria “de um ou de outro”. Embora esse confronto tenha sido entendido como um ponto negativo, foi considerada a sua importância pelo que ajuda a definir para quem é o caso, situação que coloca “todos juntos” para discutir e aprender. Durante as observações de matriciamento conjunto, as dúvidas e dificuldades de delimitação se evidenciaram quando profissionais discordaram em relação a qual estratégia matricial deveria acompanhar determinados casos. Ou seja, mesmo quando há encontro entre apoiadores, a dúvida e a imprecisão da clientela das psicólogas se mantém.

Nesse sentido, durante a discussão com o CA, um participante questionou se o matriciamento conjunto estaria unificando equipes para a qualificação do cuidado em saúde mental ou estaria mantendo uma duplicidade que burocratiza o encontro, no sentido de “o usuário vai para cá ou para lá?”. Ao mesmo tempo, nas entrevistas de ambos os distritos apostou-se na articulação entre apoios para a compreensão dos papéis de cada estratégia matricial. Além disso, defendeu-se que a eSF deve estar incluída na construção

coletiva sobre o que cabe ao NASF e à EqSM. Tais apontamentos são pistas para aprofundarmos sobre os possíveis limites e potências da articulação entre apoios para a qualificação do cuidado em saúde mental, considerando que, na inovação de se promover um encontro entre NASF e EqSF em BH, pode haver tanto movimentos instituintes, que visam um compartilhamento entre apoios e eSF, quanto movimentos para se manter o instituído, a produção de um apoio fragmentado, mesmo quando apoiadores estão juntos em um mesmo espaço. Tais limites e potências serão aprofundados posteriormente.

Seguindo a reflexão sobre a divisão de público alvo entre as psicólogas apoiadoras, nas entrevistas do Distrito 1 alegou-se que quando os apoiadores entram na lógica de "o caso é do EqSM ou do NASF?" o apoio "se perde", resumindo a reunião em um "passar casos". Houve a constatação de que a eSF fica em uma posição de "conforto" ao entender que o caso se tornaria das apoiadoras, em detrimento de reafirmar que todos os casos são da própria eSF com o apoio das psicólogas quando necessário. Nas observações desse distrito, alegou-se que a eSF se desresponsabiliza pelos usuários na atual situação de matriciamentos separados, o que dificulta romper o estigma dos usuários da saúde mental. Tal concepção é corroborada no Distrito 2, onde se indicou que a coexistência de apoios atrapalha quando a eSF não demonstra interesse de se apropriar dos casos. Ao mesmo tempo, os profissionais da eSF indicaram que "ficam confusos" quando apoiadores entram em conflito para definir para quem seria o caso, momentos depois de terem explicado a diferença de público alvo de cada um. Além disso, afirmaram que sempre continuam acompanhando os casos, fazendo busca ativa e recebendo devolutivas, bem como reconheceram que há casos que não são para o NASF ou EqSM, mas para a própria eSF e que isso é esclarecido durante o matriciamento conjunto.

Em um estudo que envolveu a EqSM de BH, Coelho (2018) indicou que a centralidade atribuída aos usuários com sofrimento mental grave pela EqSM relaciona-se tanto a certa dependência do usuário por tal equipe quanto à insegurança dos profissionais da eSF, contribuindo para a lógica de encaminhamentos. Aqui, acrescentamos a disputa entre psicólogas da EqSM e do NASF como um dos aspectos que podem contribuir para a desresponsabilização da eSF. Afinal, qual é o lugar que lhe cabe nesse embate? Essa problemática foi discutida nas reuniões de CA. Um participante refletiu que se os profissionais ficam muito tempo discutindo se o caso é da EqSM ou do NASF, isso significa que há um entendimento equivocado e até mesmo fragilizado do AM. Apontou-se que a grande questão do matriciamento não seria discutir de quem é o caso, pois o caso

“é de todos”. Ao final, algum profissional vai se responsabilizar por fazer a condução do caso, independente de ser um profissional do NASF, da EqSM ou da eSF. Outro participante ressaltou que as três equipes não têm o mesmo estatuto, uma vez que o núcleo da APS é a estratégia de saúde da família e, portanto, todos os casos pertencem à eSF. Assim, a disputa entre psicólogas que culmina em passar os casos de uma para outra pode suprimir o protagonismo da eSF, evidenciando que a dimensão formativa do AM não está sendo efetivada – o que será discutido em um tópico posterior.

Diante do exposto até aqui, a força analisadora da diferenciação de clientela entre psicólogas da EqSM e do NASF lançou luz sobre movimentos instituídos e instituintes que permeiam as tentativas de articulação entre estratégias matriciais para a qualificação do cuidado em saúde mental: os limites e potências dessas tentativas, considerando que há distanciamentos entre EqSM, NASF e eSF mesmo quando há encontro entre os AM. Além disso, desvelou que a despotencialização do AM enquanto dispositivo formativo pode impactar tais tentativas de articulação entre EqSM e NASF, sendo um atravessamento relevante a ser analisado.

EqSM e NASF desarticulados: o instituído que insiste em se manter

Não se pode negar que há, na APS belorizontina, tentativas de articulação entre EqSM e NASF – até mesmo porque este estudo está analisando duas situações de encontro entre apoiadores das diferentes estratégias matriciais. Porém, isso não significa que a desarticulação instituída no município esteja em vias de ser superada, seja porque se verifica que ela permanece na maior parte dos CS, seja porque o movimento instituído versus instituinte-dinâmica que caracteriza qualquer instituição-é permanente: nunca haverá a superação de um pelo outro. Assim, discutiremos alguns limites para e das articulações entre EqSM e NASF apresentadas pelos nossos interlocutores, os quais mantêm certa fragmentação do cuidado na APS.

Nas entrevistas do Distrito 1, indicou-se que o diálogo entre EqSM e NASF é ruim e que as psicólogas não conseguem dialogar, pois “nem se encontram”. Questionou-se como fazer o cuidado por equipes multiprofissionais “de forma mais integrada e não partida”. Durante as observações desse distrito, discutiu-se sobre a dificuldade do NASF e EqSM compartilharem o cuidado, alegando que isso quase não acontece. Houve a

argumentação de que apoiadores não sabem lidar bem com questões que são complementares, como familiares atendidos por ambas equipes, ou comuns a ambas estratégias matriciais. Houve um relato de que uma psicóloga do EqSM atendeu uma criança autista por um ano, sem saber que o usuário era atendido também pelo NASF, mas com outro diagnóstico. Nas entrevistas do Distrito 2, apontou-se que mesmo que seja positivo haver mais apoiadores na UBS, nem sempre há diálogo. Indicou-se que as psicólogas de ambas estratégias “praticamente não se veem”, sendo os apoios “distantes uns dos outros”.

Alguns atravessamentos que dificultam encontros e articulações entre apoiadores foram elencados, tais como: dificuldades de articular agendas; falta de alinhamento entre as gestões centrais de NASF e EqSM; entraves impostos pelas gerências das UBS; rotatividade dos RTs e descontinuidade da orientação de trabalho; desconhecimento dos processos de trabalho do NASF pela EqSM; não inclusão de todos os atores para construção do espaço de articulação (NASF, EqSM e eSF); pouca abertura ao diálogo e falta de flexibilidade por parte de algumas equipes de NASF; pouca abertura da EqSM para discutir questões de saúde geral, como “idosos que precisam de fisioterapia”; diferenças na forma de organização e produção do cuidado do NASF e EqSM, como o referencial psicanalítico por parte deste último; “resistência” de ambos os apoios à articulação entre equipes. O que tais aspectos nos indicam? Que pode haver barreiras estruturais e de funcionamento que dificultam o ato literal de encontrar o outro – como a inexistência de agenda liberada para que apoiadores estejam no mesmo espaço e tempo juntos - mas também atravessamentos subjetivos que vão além e podem restringir a abertura às ações compartilhadas e trocas mesmo quando EqSM e NASF estão em uma mesma sala.

Um desses atravessamentos foi aprofundado nas entrevistas do Distrito 1. Apontou-se que “há um estereótipo de que a EqSM tem questões específicas que não são do interesse do NASF e vice-versa”. Durante as observações da reunião conjunta, a presença de psicólogas do NASF chegou a ser abordada por psicólogas da EqSM, que questionaram o interesse daquelas em discutir temáticas como psicose. Discutiui-se que alguns temas seriam de maior interesse do NASF, por ser “mais amplo”, diferentemente de temas da “saúde mental”. Foi avaliado por algumas psicólogas que ao mesmo tempo que a reunião conjunta permitia à EqSM “sair do mesmo”, possibilitando se pensar o processo de trabalho de modo conjunto, após a entrada do NASF passou-se a ter “menos

liberdade" para definir as temáticas discutidas, fazendo falta uma reunião apenas com a EqSM. Ao mesmo tempo, questionou-se a ausência de outros profissionais não psis na reunião, havendo defesa de sua inclusão para se debater temáticas em comum. Por exemplo, discutir atividade física com o educador físico do NASF, uma vez que psicóticos frequentemente são sedentários. Ou seja, houve tanto um movimento de considerar que o NASF não tem interesse no espaço comum de discussão por não lidar com usuários psicóticos, quanto um entendimento de que, necessariamente, o NASF está envolvido, afinal, usuários psicóticos podem possuir outras demandas de saúde acolhidas por esses profissionais. Ou seja, existiria um campo que lhes é comum.

Esse questionamento do interesse dos profissionais do NASF para discutir questões referentes a usuários com sofrimento mental grave foi constatado nas entrevistas com gestores do NASF e EqSM, discutido no Artigo 1 dessa dissertação. Apontamos como essa concepção pode limitar o rompimento do especialismo na saúde mental, caro ao avanço da RPB e à luta antimanicomial. Retomando o analisador discutido anteriormente: reiterar que casos com sofrimento mental grave são da EqSM, excluindo o NASF desse compartilhamento, não poderia corroborar com a concepção de que tais casos também não são da eSF? Afinal, demanda-se uma especificidade que, aparentemente, justifica a suposta falta de interesse ou falta de envolvimento no processo de cuidado por equipes multiprofissionais.

De acordo com Dantas e Passos (2018), a EqSM é importante para retirar os profissionais dos saberes psi da referência dos casos de saúde mental, cedendo lugar às eSF, com seu apoio. Essa mudança de paradigma do papel das psicólogas as convida e as fazem convidar, então, ao compartilhamento de saberes e experiências. As autoras questionam a pertinência de abrir as equipes da EqSM para participação de outros profissionais além dos psis, o que potencializaria o trabalho com outras áreas (Dantas e Passos, 2018). Questionamos, assim, se a articulação com o NASF já não seria uma oportunidade de ampliar esse escopo e compartilhamento. Para Azevedo e Kind (2013, p528), o NASF de BH, ainda em construção, proporciona profissionais de diferentes “formações se aglutinarem em torno de um plano terapêutico que todos devem compreender”, o que pode impulsionar a invenção de um trabalho interdisciplinar. Para as autoras, a psicologia pode contribuir para o intercâmbio de saberes ampliando o olhar de outros profissionais, assim como também se beneficia das contribuições variadas (Azevedo e Kind, 2013).

Seguindo tal debate, nas entrevistas do Distrito 2 alegou-se que há uma dificuldade histórica de assistência ao usuário da EqSM na UBS, havendo preconceito e medo por parte das equipes. Em relação ao envolvimento do NASF nesse cuidado, narrativas diferentes também foram encontradas. Indicou-se que usuários da EqSM são encaminhados para grupos de convivência do NASF, ao mesmo tempo em que apontou-se não haver nenhum usuário da EqSM nos grupos do NASF. Em relação à primeira narrativa, indicou-se que há, por exemplo, grupos de caminhada do fisioterapeuta do NASF em que vários usuários da EqSM participavam, sendo “o NASF mais aberto” que a EqSM para acolher usuários com demandas de saúde mental. Avaliou-se que há uma melhora nos usuários da EqSM quando estão em grupos do NASF.

Como justificativa para a segunda narrativa – de que não há usuários com sofrimento mental grave em grupos ofertados pelo NASF - foi alegado que tais usuários “não chegam” pois a EqSM é “engessada”, possui um fluxo próprio e encaminha para os grupos da própria psicóloga da EqSM. Ponderou-se que o distanciamento da EqSM dificulta a inserção dos usuários com sofrimento mental grave na UBS. Ao mesmo tempo, afirmou-se que profissionais do NASF não procuram saber sobre essa ausência e que não se culpa a EqSM por não fazer visitas ou grupos, porque os profissionais são “engolidos” pelo consultório e pelas demandas. Por fim, houve a defesa de ser preciso entender que quando o usuário com sofrimento mental grave não está em crise, ele pode participar de grupos da APS, pois “a UBS é de todos”.

Assim, reiteramos o questionamento acerca da exclusão do NASF da RAPS de BH realizado no Artigo 1. Se a EqSM está articulada com a rede de saúde mental, ao mesmo tempo encontra-se isolado na UBS, o que pode dificultar a inclusão dos usuários com sofrimento mental grave no cuidado territorial e comunitário ofertado por esse nível de atenção. Durante a reunião com o CA, defendeu-se que a APS está dentro da RAPS, logo, o NASF também. Porém, foi indicado que o desenho do Ministério da Saúde é diferente do que acontece na RAPS de BH, para a qual o NASF não faz parte e “sempre é colocado de lado”, não sendo convidado para “questões específicas” da saúde mental. Ao mesmo tempo, foi apresentado que está havendo um movimento na atual gerência de saúde mental para convidar o NASF a discutir sobre a saúde mental na APS, o que foi comemorado por integrantes do CA.

Para finalizar esse eixo, ampliando as discussões realizadas até aqui, compartilhamos que nas entrevistas do Distrito 2 houve o apontamento de que mesmo com NASF e EqSM juntos, a lógica de integralidade do sujeito não se fazia presente e a apoiadora “se sentiu fragmentada”. Foi consenso que casos de especialidades não psi nem sempre tinham tempo para serem discutidos, o que foi identificado nas observações. Além disso, apontou-se que a discussão no matriciamento conjunta era cansativa, “maçante” e ficava presa a poucos usuários com questões da psicologia seja do NASF ou da EqSM. Houve a indicação de que apoiadores do NASF ficavam “de fora” das discussões específicas da saúde mental, assumindo que eram dois matriciamentos diferentes em um mesmo espaço, o que foi corroborado pelas observações. Profissionais da eSF ponderaram que, como todos os usuários são seus, a discussão não é maçante, sendo preciso ter paciência e ouvir todos os casos para resolver os problemas dos usuários.

Tal fala de profissionais da eSF reafirmam que os usuários são de responsabilidade da equipe de referência, logo, não existe a possibilidade da eSF “ficar de fora” de alguma discussão. Por outro lado, se o AM visa compartilhar a responsabilidade do cuidado entre eSF e equipes de apoio, e parte do pressuposto que usuários com sofrimento mental grave podem possuir outras questões de saúde, faz sentido que a discussão de um usuário acolhido pela EqSM seja maçante para algum profissional de saúde que compõe o NASF? Bem, se há a narrativa de que tais usuários não são do NASF, talvez sim. Destacamos, nesse ponto, que a desconstrução social do estigma da pessoa em sofrimento mental deve ocorrer diariamente no cotidiano dos serviços e por todos os profissionais, não apenas alguns específicos (Coelho, 2018). Como Coelho (2018) indica, a lógica da centralidade no especialista psi pode possibilitar maior manejo e domínio no diagnóstico e tratamento, mas também “a compartimentalização do ser humano, o que gera um cuidado fragmentado que pode ser amenizado pela lógica dos atendimentos conjuntos” (Coelho, 2018, p 95). Aposta-se, pois, em uma rede de serviços que integrem as diversas necessidades da pessoa em sofrimento mental, com a participação de todos os atores sociais envolvidos no cuidado desses sujeitos (Coelho, 2018).

Diante do exposto até aqui, entendemos que a tentativa de articulação entre apoios não garante necessariamente trocas e compartilhamentos entre os envolvidos, considerando que há distanciamentos que vão além da falta de um espaço e tempo comuns.

EqSM e NASF juntos e fortalecidos na função apoio

De acordo com nossos interlocutores de ambos distritos, as articulações entre EqSM e NASF podem potencializar a APS belorizontina, uma vez que as duas estratégias matriciais dialogando ampliam o apoio à eSF. Nesse sentido, houve a defesa de que haver dois apoios à eSF é positivo por permitir maior “recurso humano” diante das muitas demandas de cuidado em saúde mental. Nas entrevistas do Distrito 1, defendeu-se que a eSF precisa ter apoio nas áreas do NASF e da EqSM, sendo que a coexistência de apoio permite abranger um público maior, ter outros olhares para referenciar a demanda dos usuários. Além disso, indicou-se que a duplicidade de psicólogas entre os apoios possibilita a divisão da “carga de trabalho” com outro profissional da mesma categoria.

Houve, ainda, a reflexão de que nas cidades do interior a psicóloga do NASF é responsável por toda a demanda de saúde mental, não possuindo tempo para realizar atividades coletivas. De modo semelhante, nas entrevistas do Distrito 2, considerou-se que em outras cidades nas quais há somente o NASF, a psicóloga dessa estratégia ficaria apenas com as demandas que em BH são da EqSM. Ou seja, BH tem um “novo” que seria a reabilitação, o tratamento de doenças crônicas e do sofrimento do sujeito biopsicossocial, “saindo dos transtornos”. A ampliação da oferta de cuidado em saúde mental na APS de BH com a chegada do NASF já havia sido constatada por Ferreira Neto (2008a) e Azevedo e Kind (2013).

Em ambos os distritos, defendeu-se que as estratégias estejam juntas para delimitar o público alvo das psicólogas do NASF e EqSM, como já indicado anteriormente, mas para também para apoiarem a saúde mental no território. Ponderou-se que quanto mais NASF e EqSM se fortalecerem enquanto grupo, mais estarão presentes sendo apoio da eSF na APS. Dantas (2014) afirma a importância de integrar NASF e a EqSM, uma vez que ambas equipes trabalham na perspectiva do AM, apoiando as mesmas eSF. Para Peduzzi e Agreli (2018), equipes de um mesmo serviço precisam colaborar entre si, sendo que essa prática colaborativa pressupõe uma redução de competição entre os profissionais e o aumento de parcerias e responsabilidade coletiva, sendo uma forma de resistir aos retrocessos nas políticas de saúde pública.

Nesse ponto, é preciso ponderar sobre o momento político que estamos vivenciando, caracterizado por uma restrição orçamentária que agravará o

subfinanciamento público da saúde no Brasil (Massuda, 2020). Destaca-se a Emenda Constitucional nº 95 de 15/12/2016 que limita o crescimento de gasto federal no campo da saúde por 20 anos e a portaria 2.979 de 2019 que modifica o financiamento de custeio da APS. A revisão da Política Nacional de Atenção Básica de 2017, que flexibiliza a composição das eSF, é outro retrocesso a ser ressaltado. No campo da atenção psicossocial, passamos por uma “crise sem precedentes na história da reforma psiquiátrica” (Cruz, Gonçalves e Delgado, 2020, p 2), considerando a Nova Política Nacional de Saúde Mental produzida por documentos normativos entre 2016 e 2019. Para Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), essa política se caracteriza pelo retorno do paradigma manicomial, ao incentivar a internação psiquiátrica. Tantos retrocessos políticos impõem limites à prática do AM, seja ofertado pelo NASF e/ou EqSM. Assim, mais do que nunca é preciso o fortalecimento entre equipes, em detrimento de embates internos que podem fragilizar os serviços.

Além disso, durante a entrevistas identificamos que o contexto desafiador decorrente da pandemia intensificou a importância da articulação entre os apoios, principalmente das psicólogas, considerando o aumento de demandas em saúde mental e de suporte à eSF. Oliveira et al (2020, p145) confirmam que questões de saúde mental, “como ansiedade e transtornos do pânico, atrelados ao momento vivido de pandemia pela COVID-19 e suporte ao manejo do luto por perda de familiares e pessoas próximas” estão muito presentes nos atendimentos remotos durante a pandemia na APS. Além das outras linhas de cuidado sob sua responsabilidade, a APS possui um papel central no enfrentamento à Covid-19, o que fez com que precisasse se reorganizar para várias outras tarefas, como, por exemplo, combater *fakenews* relacionadas à pandemia (Fernandez, Castro, Fernandes & Alves, 2020; Silveira e Zonta, 2020; Oliveira et al, 2020).

Dentre as transformações na APS durante esse contexto, o uso de tecnologias de comunicação para contato com a comunidade ou tele atendimentos foi amplamente descrito pela literatura, seja com apoiadores utilizando aplicativo de mensagem para orientaram a população sobre a Covid-19 (Fernandez, Castro, Fernandes & Alves, 2020), realizando lives em redes sociais ou criando grupo do WhatsApp na linha de cuidado em saúde mental (Oliveira et al, 2020). Tal movimentação pode ser compreendida como uma oportunidade de aprendizagem, envolvendo a possibilidade de atuação presencial ou virtual, o que ampliou a “capacidade de visão da comunidade e o desenvolvimento de diferentes habilidades para o enfrentamento deste desafio e outros tantos que virão no

âmbito da promoção, prevenção e intervenção à saúde” (Oliveira et al, 2020, p149). Assim, apostamos que o contexto da pandemia e o enfrentamento realizado pela APS podem gerar transformações nas formas de trabalho das eSF e, principalmente, apoiadores, inclusive fomentando a articulação entre NASF e EqSM, necessidade ainda mais evidenciada em tempos tão difíceis.

Partindo, pois, do pressuposto de que a articulação entre EqSM e NASF é necessária e pode potencializar o cuidado em saúde mental, nossos interlocutores compartilharam algumas sugestões de encontros entre NASF e EqSM, tais como: participação do NASF em fóruns e supervisões da saúde mental; participação da EqSM em atividades do NASF, como a reunião geral. Foi debatida a necessidade de se compartilhar as datas de tais reuniões com todos os profissionais de ambos apoios previamente. Outra sugestão foi a criação de grupos por psicólogas da EqSM e profissionais de NASF, havendo a aposta de que isso traria benefícios e permitiria sair do modelo individual do consultório. A possibilidade de psicólogas do NASF participarem da reunião de matriciamento da EqSM e vice-versa também foi debatida. No Distrito 1, alguns profissionais defenderam que deveria acontecer apenas "quando necessário". Ao mesmo tempo, outros profissionais consideram a unificação do matriciamento como necessária e produtiva, por permitir a construção conjunta do PTS e ajudar a eSF a enxergar o caso de “forma mais multi”, sendo importante haver maior diversidade de profissionais na reunião. Argumentou-se, porém, que ainda teria “um caminhar” até chegar no matriciamento conjunto.

Apesar do consenso sobre a necessidade de haver maior articulação entre apoios, há discordância acerca da necessidade de institucionalizar esses espaços de encontro. Durante as observações da reunião conjunta de psicólogas do Distrito 1, debateu-se que instituir a articulação entre apoios poderia culminar em uma "burocratização". Em contrapartida, o "bom senso" como um balizador para os encontros poderia limitar a articulação a um “interesse pessoal”. Tal discussão remete aos movimentos inerentes às instituições, as quais possuem forças instituintes que podem ser tornar instituídas, havendo perdas e ganhos em ambos processos (Paulon, Pasche e Righi, 2014). De toda forma, nos dois distritos defendeu-se algum comprometimento institucional e gerencial para articular NASF e EqSM, o que garantiria que isso acontecesse mais, sendo importante o estreitamento de laços entre as RT de NASF e saúde mental. As gerências de cada UBS também devem pensar possibilidades de construir um trabalho conjunto

entre NASF e EqSM em parceria com os trabalhadores. Penido et al (2018) evidenciam que muitas vezes é por iniciativa dos próprios profissionais que se busca a discussão de casos entre equipes, ao mesmo tempo que enfatiza a necessidade de maior interlocução entre o EqSM e os NASF na gestão central. Ou seja, ambos movimentos não são excludentes e, juntos, podem fazer avançar as articulações entre apoios, mantendo os movimentos múltiplos que catalisam mudanças.

As situações de articulação entre NASF e EqSM observadas nos Distritos 1 e 2 são exemplos de encontros que partiram de movimentações dos profissionais e contaram com o apoio da gestão. São ambas compreendidas como espaços importantes e em processo de construção, com lacunas a serem repensadas. Em relação à reunião de psicólogas apoiadoras do Distrito 1, foi defendido que essa é uma potente estratégia de articulação entre NASF e EqSM a nível regional, ainda que não tenha gerado “mudanças estruturais”, como promover matriciamentos unificados. Apontou-se que permite gerar vínculos e laços de afeto entre apoiadores, aproximando-os e possibilitando o entendimento dos respectivos trabalhos para um fazer conjunto. Foi indicado que essa situação de encontro provocou a pensar, sair da disputa para reconstruir e realinhar processos, compreender a necessidade de construir o que cabe ao NASF e à EqSM e permitindo algumas parcerias entre psicólogas apoiadoras.

Além disso, houve a argumentação de que tal aproximação entre apoios impactou nas eSF, que ao perceberem que as psicólogas apoiadoras estavam articuladas, desistiram da estratégia de levar o caso para a psicóloga “que era mais fácil ou teria mais perfil”, tirando do “pessoal” e eliminando o medo de que o caso fosse “devolvido”. Então, na medida em que a discussão entre psicólogas for afinada, isso se refletirá na eSF, a qual terá mais clareza em relação ao que vai ser discutido. Além disso, a reunião de psicólogas foi vista como espaço que pode instrumentalizar apoiadores a sustentarem o matriciamento com as eSF. Ou seja, o encontro entre apoiadores, mesmo quando não inclui a eSF diretamente, pode ter efeitos para ela em desdobramentos posteriores. Destacamos que tais impactos para a eSF são exatamente o que se busca, considerando que o AM possui dois usuários: o usuário do serviço e a própria eSF (Brasil, 2004). Portanto, quando se pensa a articulação entre apoios é preciso atentar-se para o risco de compreender a eSF e usuários enquanto coadjuvantes e não protagonistas. Por fim, foi apontado que a reunião conjunta de psicólogas ainda é incipiente e será aprimorada e qualificada, havendo uma aposta na sua continuidade bimestral, com os devidos ajustes.

Em relação à reunião de matriciamento conjunto do Distrito 2, também foi indicado que esse é um processo construído aos poucos, que já tem pontos a serem melhorados. De toda forma, houve a defesa de que o matriciamento conjunto contribui para apoiar a eSF, permitindo que os casos “não sejam perdidos” ao serem passados de um apoio para o outro. Defendeu-se que o matriciamento conjunto melhorou muito a discussão de caso, sendo menos “passação”, além de haver profissionais de ambos apoios que explicam as suas diferenças, o que qualifica a eSF. Apontou-se que é positivo haver todos os profissionais de apoio para discutir o mesmo caso. Por exemplo, foi compartilhado que a psicóloga da EqSM discutia casos de usuários com obesidade, para “fazer educação em saúde” e mostrar que poderia ser um caso de depressão, o que ampliava a discussão. Afirmou-se que era possível discutir se o caso teria outras demandas, pois os apoiadores conversavam entre si, o que era um diferencial, considerando que a eSF muitas vezes tem dificuldades para perceber que um usuário precisa de um conjunto de profissionais.

Durante as observações dessa situação, de fato houve compartilhamento de informações e saberes acerca dos usuários e seus familiares, bem como saberes do núcleo psi. Além disso, se discutiu processos de trabalho comuns às 3 equipes e outros pontos da rede. Por exemplo, a psicóloga do NASF explicou o que é o Arte na Saúde e como realizar encaminhamentos para esse dispositivo da RAPS, e a psicóloga da EqSM contou que não sabia como funcionava e, por isso, não encaminhava, mas que passaria a fazê-lo quando pertinente, assim como a enfermeira.

Para além da reunião conjunta de psicólogas do Distrito 1 e da reunião de matriciamento conjunto do Distrito 2, nossos interlocutores compartilharam outras articulações entre EqSM e NASF que já acontecem na rede. Nas entrevistas do Distrito 1, indicou-se que apoiadores de ambas estratégias se articulam por ligação, WhatsApp ou nos corredores. Um compartilhamento entre apoios frequentemente citado é no atendimento de uma mesma família. Além disso, houve relatos de psicólogas da EqSM que encaminham usuários para grupos do NASF, entendido como um trabalho complementar; realização de ações conjuntas referentes à saúde do trabalhador, ao Setembro Amarelo; participação pontual em reuniões de matriciamento da EqSM ou do NASF; participação em reunião com a assistência social. Nas entrevistas do Distrito 2, relatou-se já ter havido grupo coordenado conjuntamente pela psicóloga da EqSM, fonoaudióloga e nutricionista do NASF; participação da psicóloga do NASF em fóruns

da saúde mental; reunião mensal entre psicóloga da EqSM e TO do NASF para discutir casos.

Diante do exposto, ainda que haja limites, estreitar os laços entre apoios pode contribuir para potencializar a APS belorizontina e melhor qualificar o cuidado em saúde mental, além de fomentar uma rede de resistência necessária ao enfrentamento dos desafios impostos pelos retrocessos políticos no campo da saúde pública e pela pandemia.

***“Ainda é preciso resistir muito para que aconteça”*: caminhos para “a fase formativa” do AM**

Até aqui, discutimos alguns limites e potências das tentativas de articulação entre os AM que coexistem na APS belorizontina, demonstrando um movimento institucional que possui forças tanto instituintes, quanto instituídas. Argumentamos que a desarticulação entre EqSM e NASF fragiliza o cuidado em saúde mental. Ao mesmo tempo, juntar apoios não garante a integralidade do cuidado, mas pode facilitar a construção conjunta de saídas criativas aos desafios comuns. Nesse ponto, trazemos para o debate outro atravessamento institucional desvelado anteriormente pelo analisador: a fragilidade da dimensão formativa do AM em BH, dimensão considerada o diferencial dessa estratégia (Bispo Jr & Moreira, 2017; Soares, 2015) que possibilita a qualificação do cuidado em saúde mental (Pastana, 2019) e o aprendizado pela prática, por meio de intervenções no campo da subjetividade (Figueiredo & Onocko Campos, 2009).

Nas entrevistas do Distrito 1, apontou-se que a existência de duas reuniões de AM tanto pode potencializar quanto despotencializar a qualificação do cuidado em saúde mental, pois depende de como acontece o matriciamento. Defendeu-se que a ideia do AM é de corresponsabilização entre as equipes pelos casos e ampliação das discussões. Portanto, coexistir NASF e EqSM não justifica a eSF passar casos e se desresponsabilizar, pois independente de como o matriciamento é estruturado, nunca deve haver o que se costuma chamar de “passação de casos”. De forma semelhante, nas entrevistas do Distrito 2 foi indicado que a coexistência de apoios pode ajudar ou atrapalhar, dependendo do interesse e do desejo de quem acolhe e de quem referencia os casos.

Em ambos os distritos, a variedade de como o matriciamento acontece foi discutido, sendo indicado que a dimensão formativa pode ou não estar presente. A

potência do AM quando se percebe a sua dimensão formativa em operação foi reconhecida em ambos distritos. Nas entrevistas do Distrito 2, apontou-se que a eSF aprende a partir das discussões e das devolutivas dos apoiadores. Afirmou-se que, quando chega um caso parecido a outro que já foi discutido, a eSF consegue-se realizar uma abordagem melhor. Pontuou-se que apoiadores orientam a eSF, explicam o que precisa ser avaliado nos casos, esclarecem como observar, tratar e acolher, possibilitando a eSF fazer atendimentos diferenciados, incluindo casos de sofrimento mental grave.

Além disso, nas entrevistas do Distrito 1, foi discutido que os saberes do matriciamento vêm de todos, havendo destaque àqueles das ACS sobre o território e os usuários. Esse movimento dialético de ensino e aprendizagem é reafirmado por Bispo Jr e Moreira (2017). Em ambos os distritos, foi reconhecido que há eSFs que têm boa apropriação sobre o território e uma escuta “ampliada”. São equipes que continuam acompanhando os casos mesmo quando há apoio da EqSM ou NASF. Por fim, apostou-se que o matriciamento pode ter a potência de combater os estigmas dos usuários da EqSM, ajudando a eSF a entender melhor como eles podem circular e serem acolhidos no CS, considerando que um dos objetivos da RP é a inclusão do usuário com sofrimento mental no território.

Aqui, é importante discutirmos qual é a pedagogia que embasa a dimensão formativa do AM, potencializando a qualificação das equipes. Costa, Lima, Silva e Fioroni (2015) sistematizam duas macrotendências pedagógicas: a liberal, a partir da qual o conhecimento é objetivo e abstrato, o educador é uma autoridade transmissora de conteúdo; e a progressista, em que o conhecimento inclui a subjetividade e o contexto, e o educador orienta, desperta para o saber por relações mais horizontais. A teoria do AM relaciona-se com a segunda, considerando que uma das inspirações para a formulação do AM por Campos (2012) foi o intelectual Paulo Freire. Porém, em um estudo sobre a dimensão educacional do AM em um municípios de São Paulo, os autores notaram forte presença dos princípios liberais, corroborando Santos (2019) e Pastana (2019) no contexto belorizontino. Porém, mesmo que em menor frequência, práticas respaldadas por concepções pedagógicas progressistas também foram apresentadas, orientando-se para a troca de saberes e transformação do cuidado (Costa, Lima, Silva e Fioroni, 2015). Defende-se, assim, que a “tendência construtivista, nas práticas de AM, promove autonomia para as equipes de referência, tornando-as protagonistas dos projetos de

cuidado e oferecendo um novo repertório de atuação para os apoiadores” (Costa, Lima, Silva e Fioroni, 2015, p499).

À despeito da potência do AM para qualificar o cuidado em saúde mental na APS, em ambos distritos foram indicadas limitações desse dispositivo na prática. Nas entrevistas do Distrito 1, foi constatado que ainda não se está na “fase formativa do apoio”, mas em uma lógica de “queixa-conduta”. Indicou-se que “falta caminhar no apoio pedagógico” para potencializar e instrumentalizar as eSF, aumentando sua capacidade resolutive. Nas entrevistas do Distrito 2, apontou-se que ainda se está aprendendo uma lógica de discutir o sujeito em uma reunião e que se consegue “ler a teoria do AM, mas não colocar em prática”. Questionou-se se os apoiadores estão no lugar de apoio ou em um lugar de “recedor de casos”. Diante de tais limitações, argumentou-se que a lógica do matriciamento em si, seja com NASF e EqSM separados ou juntos, é a mesma. Portanto, a reunião de matriciamento conjunta poderia ser melhor se uma lógica anterior de discussão de caso já fosse aprendida. Ou seja, constatou-se que a tentativa de articulação dos apoios foi algo idealizado que esbarrou na falta de entendimento básico do que é o próprio AM. Esse entendimento seria, pois, essencial tanto para experiências de apoios paralelos quanto conjuntos. Por fim, no Distrito 2 constatou-se que não há “capacitação sobre ser apoio” e “entender o que é apoiar”.

De fato, Costa, Lima, Silva e Fioroni (2015) apontam que um dos maiores desafios para a prática do AM é a falta de formação, para especialistas e eSF, especificamente sobre sua dimensão educacional. Para os autores, é a partir daí que se originariam “as dificuldades na condução das discussões, despertando sentimentos de disputa e confusão por parte dos apoiadores com relação ao seu papel” (Costa, Lima, Silva & Fioroni, 2015, p495). De modo semelhante, Bispo Jr e Moreira (2017) indicam que a fragilidade da formação dos apoiadores e equipe de referência pode gerar incompreensões sobre seus respectivos papéis relacionados com a metodologia do AM, além de insegurança de se promover processos educativos junto à eSF.

Outros atravessamentos que dificultam a efetivação da dimensão pedagógica do AM foram apontados nas entrevistas do Distrito 1, como a ausência de ACS em algumas reuniões de matriciamento, considerado um “absurdo”. Destacamos que a importância dos ACS para o cuidado em saúde mental na APS é reafirmado pela literatura. Considerando a sua proximidade com o território, por serem moradores e trabalhadores,

conseguem identificar demandas da população relacionadas à saúde mental, sendo um elo entre comunidade e serviço (Campos, Bezerra & Jorge, 2020). Portanto, sua exclusão do matriciamento da EqSM é um limitador para o cuidado em saúde mental ofertado pela APS (Pastana, 2019). Além disso, no Distrito 1 alegou-se que questões logísticas, como tempo limitado, grande quantidade de usuários por eSF, gestores que “não acreditam no matriciamento e não garantem a agenda dos profissionais” também dificultam a prática do AM, o que foi corroborado no Distrito 2. Ponderou-se, ainda, que a eSF está perdendo as suas características por questões políticas, fruto de conjunturas maiores.

Diante de tais desafios para operar a dimensão formativa do AM, pode-se despontencializar a qualificação das eSF, que são as principais responsáveis pela condução resolutiva dos casos na APS. Durante as observações da reunião conjunta de psicólogas, houve queixas de que a eSF não conhece sobre o matriciamento e que “já passou da hora de aprender” a falar dos casos. Houve um discurso de que falta qualificar a eSF e de que esse é um movimento necessário. Nesse contexto, nas entrevistas do Distrito 1 discutiu-se sobre o papel dos apoiadores, os quais não podem se desresponsabilizar, mas devem “ensinar e provocar” a eSF. No Distrito 2, afirmou-se também que apoiadores precisam ser mais compreensivos com a eSF, melhorar a comunicação e “fazer junto”.

Assim, diante da potência do AM e, ao mesmo tempo, dos desafios para a sua efetivação, foi defendido em ambos os distritos uma necessidade de qualificação do próprio matriciamento para que se consiga, por consequência, qualificar as eSF e o cuidado em saúde mental na APS. Nas entrevistas do Distrito 1, defendeu-se que é preciso evoluir na lógica do AM e que se está no momento de qualificar o matriciamento, pensar o que é apoio, equipe de referência e melhorar a sua dimensão técnico-pedagógica. Como estratégias, apontou-se que foi produzida uma planilha compartilhada entre os apoios e a eSF para que a eSF se planeje antes da reunião, sendo forçada a preparar melhor os casos. Outro ponto trazido foi a necessidade de resgatar o conceito de Estratégia de Saúde da Família. A presença da RT da saúde mental e do NASF foi indicada como um fator que fortalece o matriciamento. Indicou-se que a reunião de matriciamento deve ser valorizada e que a qualificação da eSF é um trabalho diário.

No Distrito 2, compartilhou-se que o NASF está retomando o matriciamento e discutindo como fazer de forma diferente, sendo importante estudar o que é AM. Houve

a aposta de que com “uma nova roupagem do matriciamento”, pode-se conseguir assumir a função de apoio. Foi indicado que os apoiadores precisam sempre “cobrar” a eSF, questionando sobre o caso e como está sendo a abordagem até então, incorporando o lugar de matriciador. Por fim, apontou-se que tem se construído uma discussão teórica sobre o matriciamento entre os próprios profissionais que desejam qualificar sua prática, em uma espécie de formação autogerida.

Como indicado anteriormente, a falta de formação impacta negativamente o desenvolvimento do AM. Assim, apostamos, como nossos entrevistados, em processos formativos para qualificação dessa metodologia de trabalho. Oliveira e Campos (2017) indicam que há uma expectativa dos profissionais envolvidos no AM para uma formação que inclua apoiadores e equipe de referência, valorize os processos e se baseie na reflexão sobre a própria prática, o que pode contribuir para a produção de autonomia de todos os atores. Aposta-se, pois, em um modelo pedagógico freiriano, pautado por metodologias ativas. Consoante, Emerich & Onocko-Campos (2019, p4) ao discutirem a formação para o trabalho em saúde mental, defendem em uma formação processual, sustentada pela experiência e com metodologias ativas, considerando também que o “engajamento político, a participação ativa na proposição, execução e avaliação de modos de funcionamento dos equipamentos de saúde, da RAPS e do SUS devem ser molas do processo formativo de profissionais”. Além disso, os autores defendem a formação para e pelo o SUS, com sujeitos transformando os serviços e por eles sendo transformados (Emerich & Onocko-Campos, 2019).

Sem dúvida, a universidade pode contribuir com esse processo formativo em parceria com o SUS. Nas entrevistas de ambos os distritos, a pesquisa realizada foi indicada como potente para contribuir para qualificar as práticas de apoio. No Distrito 2, pontuou-se que pesquisadores que “estão de fora” trazem ideias novas sobre o fazer profissional, possibilitando mudanças. No Distrito 1, ponderou-se que conversar com a universidade permite que o profissional se escute falando para o outro e que a sistematização feita pelo pesquisador provoca a pensar, sendo “um espelho”. Defendeu-se que a pesquisa deve exercer o papel de transformar a realidade, operando mudanças no dia a dia e não apenas colhendo dados. Tais concepções vão ao encontro dos pressupostos da pesquisa-intervenção (Penido & Machado, 2017), indicando que os processos dessa pesquisa de fato se constituíram de forma participativa e formativa.

Assim, concluímos que quanto mais o AM for qualificado enquanto um dispositivo formativo, mais as articulações entre apoios poderão contribuir para a qualificação do cuidado em saúde mental. Ou seja, não basta apenas que os apoios se articulem, mas que se potencialize a dimensão técnico-pedagógica da metodologia matricial.

Considerações Finais

As tentativas de delimitação do público alvo entre as psicólogas da EqSM e do NASF, caracterizadas por disputas e fragilidades, lançaram luz sobre jogos de força presentes nas situações de articulação envolvendo ambas estratégias matriciais. Identificamos tanto movimentos instituintes que buscavam uma integração entre os apoios para a qualificação das eSF e dos próprios apoiadores, quanto movimentos visando a manutenção do instituído em BH, qual seja, a fragmentação dos processos cindindo NASF e EqSM e, em última instância, os usuários.

Assim, compreendemos que o encontro entre EqSM e NASF é potente e a falta da institucionalização desses encontros na rede pode dificultar que os seus protagonistas produzam saídas criativas para balizar as problemáticas elencadas por esse estudo e tantos outros desafios presentes no cotidiano da APS e da atenção psicossocial. Porém, apenas possibilitar e instituir um espaço em comum entre NASF e EqSM não é o suficiente para que as ações sejam pautadas pela integralidade e que o cuidado em saúde mental ofertado pela APS seja melhor qualificado. Independente do formato – sejam as duas propostas de articulação observadas, sejam as variadas possibilidades de articulação entre apoios trazidas pelos interlocutores - é preciso que EqSM e NASF estejam abertos a colocar as diferenças na roda, lado a lado, para fortalecerem o que há em comum: a função apoio, respaldada, necessariamente, pelo compromisso ético-político de “ativação e fomento de grupidades, mais solidárias e corresponsáveis” (Paulon, Pasche e Righi, 2014, p812). Nesse ponto, defendemos que tais articulações sejam construídas com profissionais e gestores envolvidos com a eSF, NASF e EqSM de forma dialógica.

Além disso, reafirmamos que processos formativos em serviço para apoiadores e eSF sobre a metodologia do AM, com enfoque na sua dimensão educativa, são imprescindíveis e podem potencializar a coexistência de NASF e EqSM em BH,

minimizando conflitos e abrindo espaço para a qualificação do cuidado. Apontamos também que um movimento de autocritica da RAPS em relação a possíveis cristalizações que dificultam o rompimento do especialismo seja essencial para o contínuo avanço da RPB, que em seus 20 anos de história “nunca deixou de ser disputada” e necessita que “que múltiplas vozes possam tecer novas manhãs e amanhã” (ABRASME, 2021, sp). Assim, se beneficiará quanto mais parcerias estratégicas tecerem visando sua sustentação e ampliação frente a retrocessos.

Para finalizar, confirmamos a aposta em pesquisas participativas que considerem o compromisso formativo e participativo em todo o processo. Destacamos que as ampliações das análises pelo CA e as entrevistas com os interlocutores realizadas de forma aberta, inclusive discutindo trechos colhidos anteriormente pelas observações, foram primordiais para a produção desse estudo. Assim, acreditamos na articulação entre universidade e SUS para a continuidade desse debate que, por certo, não encerra aqui. Ao contrário, bem como Penido et al (2018), esperamos que possa seguir reverberando no campo, para movimentar um fortalecimento da EqSM e NASF e, principalmente, das eSF. Dessa forma, defendemos que se somem esforços para que BH permaneça sendo resistência na consolidada construção da ESF e da atenção psicossocial. Os ataques políticos ao SUS e o contexto de pandemia intensificam ainda mais esse imperativo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Minha esperança é necessária, mas não é suficiente. Ela, só, não ganha a luta, mas sem ela a luta fraqueja e titubeia. Precisamos de esperança crítica, como o peixe necessita da água despoluída. (Paulo Freire, 1997, p 10)

Retomando o caminho traçado ao decorrer desta pesquisa realizada em tempos tão sombrios, penso em uma palavra de ordem para a conclusão: esperança. Paulo Freire (1997) reconhece que a desesperança é algo concreto e explicável por razões históricas, sociais e econômicas – em 2021, com a vivência da pandemia da Covid-19 e de um desgoverno federal, não faltam motivos para nos sentirmos sem esperança. Ao mesmo tempo, o autor indica que, como programa, a desesperança “nos imobiliza e nos faz sucumbir ao fatalismo onde não é possível juntar as forças indispensáveis ao embate recriador do mundo” (Freire, 1997, p 10).

E o convite que fizemos nos dois artigos produzidos é exatamente o de recriar, ou o de revisitar, olhar de outra forma, coproduzir narrativas múltiplas. O nosso problema de pesquisa já partiu da inovação, de movimentos instituintes que interpelam o instituído cristalizado no cuidado em saúde mental ofertado pela APS de BH-MG. Se no contexto majoritário belorizontino não há articulação entre a EqSM e o NASF - as duas estratégias matriciais que coexistem na APS municipal – então, direcionamos nosso interesse para a brecha, para os encontros entre os AM e seus possíveis efeitos para a qualificação do cuidado em saúde mental. A duplicidade de psicólogas nas estratégias matriciais e decorrentes disputas em relação à delimitação dos respectivos públicos alvo, se apresentou como um analisador potente e nos possibilitou interrogar instituídos nos dois estudos apresentados.

Em nosso primeiro artigo, para termos condição de compreender tanto os encontros quanto desencontros contemporâneos entre as estratégias matriciais, nos debruçamos sobre o histórico de implementação da EqSM e do NASF em BH, buscando identificar aproximações e distanciamentos entre as respectivas gestões, antigas e atuais. Inicialmente, por meio de um levantamento bibliográfico de estudos e documentos de ambas estratégias matriciais do município, descrevemos a história pioneira da EqSM articulada com a orientação antimanicomial em BH e a história também vanguardista do

NASF belorizontino, considerando sua ligação com o Núcleo de Apoio à Reabilitação. Tal descrição ilustrou a potência das duas estratégias matriciais que coexistem no município, mas as análises das entrevistas com gestores da EqSM e do NASF desvelou que poderiam ser ainda mais se houvesse trocas e parcerias em detrimento do medo de “um roubar o psicólogo de outro”, principalmente no que tange ao cuidado em saúde mental que é produzido por ambas estratégias.

Assim, questionamos o que se perdeu e se ganhou, ao manter duas estratégias matriciais diferenciadas, sustentando políticas distintas que podem acolher os mesmos usuários sem uma articulação instituída. Ponderamos que sob a premissa de resistir a retrocessos na gestão de saúde mental, que se orienta pelo referencial antimanicomial, pode-se deixar de ganhar parceiros, inclusive para a própria frente de resistência. Além disso, pode corroborar para uma cisão da saúde mental com a saúde coletiva, dificultando o rompimento do especialismo, caro ao avanço contínuo da Reforma Psiquiátrica. Propomos, portanto, mais aproximações entre as gestões, nos níveis centrais e distritais, para a criação de outras estratégias de sustentação e ampliação do referencial antimanicomial para toda a APS. Apostamos no fortalecimento do papel das Referências Técnicas da saúde mental e do NASF, apoiadores institucionais que se mostraram peças-chave para essa movimentação.

No segundo artigo, observamos duas situações de articulação entre EqSM e NASF que estavam acontecendo no território e entrevistamos alguns participantes. Uma das situações consistiu em uma reunião de matriciamento conjunto e a outra em uma reunião conjunta de psicólogas apoiadoras da EqSM e do NASF. As duas situações são diferentes principalmente porque a primeira envolve a eSF – protagonista da APS e motivo pelo qual existe o AM, para a sua qualificação e aumento de resolutividade – e a segunda não. Porém, algo as une: um encontro entre os apoiadores da eSF. Ambas as situações podem ser formativas para os apoiadores e, por desdobramento, para a eSF. Esse desdobramento precisa acontecer para que o AM de fato esteja em voga, tendo em vista seu caráter técnico-pedagógico que se dá nas trocas entre apoiadores e eSF. Com isso, espera-se haver impactos positivos para os usuários do serviço.

Da mesma forma, ambas as situações podem não ser tão formativas, quando o protagonismo passa a ser a disputa e o embate entre especialistas, principalmente em relação à delimitação do público alvo das psicólogas da EqSM e do NASF, o qual não possui consenso e pode ser um dificultador para a qualificação da eSF e protagonismo

dos usuários. Identificamos, pois, que apenas juntar os apoios não garante que a dimensão formativa do AM seja potencializada. Porém, institucionalizar situações de articulação entre os atores que produzem o cuidado em saúde mental na APS pode contribuir para o enfrentamento dessas e outras problemáticas.

Portanto, se Penido et al (2018), no primeiro estudo que buscou compreender os limites e potências desse contexto belorizontino, questionam “somar ou dividir apoios?”, aqui, após identificarmos que o distanciamento entre EqSM e NASF pode dificultar a qualificação do cuidado em saúde mental, afirmamos: dividir, não! Somar, como? Demonstramos que há algumas possibilidades, não sem desafios a serem gerenciados. As duas situações observadas são exemplos que, como apontaram os entrevistados, estão em processo de refinamento e construção. Ademais, outras situações de encontro entre EqSM, NASF e eSF foram elencadas, as quais o presente estudo não abarcou. Sugerimos, pois, que gestores e trabalhadores façam experimentações de forma conjunta, com avaliações críticas contínuas. Além disso, que novas pesquisas possam contribuir com análises sobre a diversidade de arranjos de articulação entre os AM em BH, seus limites e potencialidades para a qualificação do cuidado em saúde mental, imperativo ainda mais intensificado pela demanda de enfrentar os impactos na saúde mental coletiva decorrentes da pandemia da Covid-19, durante e pós pandemia.

Diante disso, reiteramos que a presente dissertação não visa (e nem conseguiria!) ocupar um lugar de “resposta final”. Respostas possíveis não estão apenas nessas considerações, mas nas movimentações que a leitura e discussão dessa pesquisa, por gestores, trabalhadores e usuários possam causar. Como apontou uma das alunas de Iniciação Científica que contribuiu com a construção desse estudo, “agora a pesquisa vai seguir seu caminho, não sabemos exatamente o que ou a quem ela vai atingir, mas confiamos que o trabalho realizado possa gerar bons frutos”. Um dos pressupostos da pesquisa-intervenção é esse: a pesquisa não termina quando a pesquisadora produz seu relatório final.

Ao mesmo tempo, considerando a dimensão ética do fazer científico e o compromisso com a transformação social, possuímos e compartilhamos algumas pistas que possam incentivar e instrumentalizar as ressonâncias no/do campo. Dentre elas, destaco algumas. Para ser possível recriar em tempos de corte de verbas no SUS, tentativas de retrocessos na orientação antimanicomial da RAPS e na APS, profissionais de saúde exaustos com o combate à pandemia, saúde mental impactada com

confinamento, luto e medo, é preciso esperança. Esperança crítica para sustentar um cuidado em saúde mental comunitário, territorial e em liberdade; para sustentar o AM enquanto tecnologia leve, das relações, do encontro que permite a transformação de subjetividades.

Como aponta Paulo Freire (1997), a esperança é essencial, mas não é suficiente. Também é preciso formação continuada para ser apoiador - independentemente de ser articulado à EqSM ou NASF - e para ser equipe de referência. É preciso que gestores apoiem processos formativos, garantindo espaços e liberação da agenda dos profissionais. É preciso que tais processos sejam embasados em uma educação progressista, libertadora e que vise a autonomia dos sujeitos envolvidos. É preciso que a orientação antimanicomial mais acolha e convide o diferente para estar lado a lado, visando ampliar as parcerias para a sua sustentação e resistência. É preciso que o que foi construído historicamente na APS de BH, com lugares isolados e demarcados seja descristalizado, para lançar luz a outras formas de fazer junto, cada vez mais “atentas e fortes”⁶. Quando dizemos “junto”, nos referimos ao NASF, EqSM e eSF. À gestão e aos trabalhadores. Aos trabalhadores e usuários. Mas também nos referimos à universidade e ao SUS.

Nesse ponto, destacamos que o Coletivo Ampliado de Pesquisadores foi não apenas uma ferramenta essencial para a produção de uma pesquisa de cunho participativo e formativo, mas também uma amostra de que quando junto, quando há encontro, é possível recriar. Sendo esse um dispositivo que possibilitou articulação entre trabalhadores e gestores da EqSM, NASF e eSF, ao estarem juntos pensando a pesquisa e ampliando os resultados produzidos, conseguimos ver na prática que, mesmo com diferenças e eventuais tensões, estratégias de enfrentamento podem ser construídas coletivamente. Como uma das integrantes do CA alegou, no último encontro realizado, esse dispositivo possibilitou a criação de redes entre quem participa, e aí está a sua potência.

Concluimos, por fim, defendendo que mais articulações entre EqSM e NASF sejam criadas, recriadas e discutidas no contexto belorizontino, buscando a ampliação das formas de qualificar a atenção psicossocial no âmbito da APS e, em última instância, o aprimoramento do cuidado ao usuário com sofrimento mental. Esperamos que as análises

⁶ Referência à canção “Divino e maravilhoso”, composta por Caetano Veloso e Gilberto Gil em 1968, interpretada por Gal Costa.

realizadas por essa dissertação possam contribuir para essa construção em BH. Além disso, que também inspirem reflexões criativas para a qualificação do cuidado em saúde mental ofertado pela APS Brasil afora, considerando que as discussões sobre o especialismo que atravessa a RP e os desafios do AM enquanto um dispositivo educativo ultrapassam o caráter local das experiências em análise.

Frente a tantos desafios atuais no contexto político e sanitário brasileiro, desejamos, finalmente, que as reflexões aqui compartilhadas possam incitar esperança que catalise a produção de um cuidado em saúde mental integral, de forma necessariamente coletiva, pública e gratuita, em que “ninguém solte a mão de ninguém”⁷.

⁷ Frase viral nas redes sociais após as eleições de 2018, em ilustração da tatuadora e artista mineira Thereza Nardelli.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abou-Yd, M. N., Silva, R. A., & Souza, P. C (2015). Introdução. In: Nilo, K; Morais et al (Orgs). *Política de saúde mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia* (pp 11-14). Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.
- ABRASME. Associação Brasileira de Saúde Mental. (2021). *Carta às casas legislativas*.
- Almeida, A. N. (2018). *Cuidados no território: as práticas das equipes de Centros de Referência em Saúde Mental – CERSAMs de Belo Horizonte*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto René Rachou, Belo Horizonte.
- Andrade, C. D. (1930). *No meio do caminho*. In: Alguma Poesia: Ed. Pindorama.
- Antunes, L. H. (1998). *Saúde mental em atenção primária no estado de São Paulo*. Dissertação de mestrado, Departamento de medicina preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Araújo, R. E. (2014). *Análise exploratória dos indicadores de resultado dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF): a experiência de Belo Horizonte*. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Azevedo, N. S. (2011). *Núcleos de apoio à Saúde da Família: o processo de implantação em Belo Horizonte*. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Azevedo, N. S., & Kind, L. (2013). Psicologia nos núcleos de apoio à saúde da família em Belo Horizonte. *Psicologia: ciência e profissão*, 33(3), 520-535.
- Barros, L. M. R., & Barros, M. E. (2013). O problema da análise em pesquisa cartográfica. *Fractal, Rev. Psicol.*, 25(2), 373-390
- Belo Horizonte (2003). Grupo de trabalho GEAS/integração ESM-ESF. *Proposta: saúde mental na assistência básica*. Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Saúde
- Belo Horizonte (2010). Secretaria Municipal de Saúde. *NASF Belo Horizonte: Competências e Ações*. Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Saúde.
- Belo Horizonte (2013). Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão do SUS-BH Primeiro Quadrimestre 2013*. Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Saúde.
- Belo Horizonte (2020) Secretaria Municipal de Saúde. Nota Técnica COVID-19 007/2020; Nota Técnica COVID-19 2 009/2020.
- Bispo Jr, J.P & Moreira, D.C (2017). Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. *Cad. Saúde Pública*; 33(9):e00108116

- Brasil (2003). Ministério da Saúde. *Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2005) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília: OPAS. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2010). Ministério de Estado da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2013). Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização - folheto*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2008) Ministério da Saúde. Portaria n. 154, de 24/1/2008. *Cria e estabelece os critérios para credenciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2016) Emenda Constitucional Nº 95, De 15 De Dezembro De 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.
- Brasil (2017). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2018). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: Um panorama da edição PET-Saúde/GraduaSUS*. Brasília : Ministério da Saúde
- Brasil (2019). 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, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017*.
- Brasil (2020). Portaria Nº 99, De 7 De Fevereiro De 2020. *Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)*.

- Campos, G. W. S. (2012). Apoio matricial e práticas ampliadas e compartilhadas em redes de atenção. *Psicologia em Revista*, 18(1), 148-168.
- Campos, G. W. S., et al, (2014). A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18(Suppl.1), 983-995.
- Campos, G. W. S. & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 399-407.
- Castro, Oliveira & Campos (2016). Apoio Matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5), 1625-1636
- Chiaverini, D. H. et al (2011). Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde / Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva.
- Coelho, N. A. (2018). *Processo de integração das ações em saúde mental no cotidiano dos serviços de Belo Horizonte*. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem
- Coimbra, J. R. et al. (2010). A experiência dos Núcleos de Apoio em Reabilitação. In: Magalhães Júnior, H. M. (Org.). *Desafios e inovações na gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003 a 2008*. Belo Horizonte: Maza.
- Costa FRM, Lima VV, Silva RF, Fioroni LN. (2015). Desafios do apoio matricial como prática educacional: a saúde mental na atenção básica. *Interface (Botucatu)*. 19(54):491-502.
- Cruz, N F. O.; Gonçalves, R W.; Delgado, P. G.G. (2020). Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(3), e00285117.
- Cunha, A. A. G., Dornas. L. B. H, & Rodrigues, H. B. C. (2006). Uma contribuição à história da Análise Institucional no Brasil através de depoimentos orais: o Setor da psicologia social da Universidade Federal de Minas Gerais nas décadas de 1960 e 1970. *Mnemosine*, 2,(1), 2-11.
- Damasceno, K. S. M., & Mercês, M. C., (2020). COVID-19 e a saúde mental dos trabalhadores de saúde da atenção básica. *Enfermagem Brasil*, 19(4Supl):S1-S2
- Dantas, N. F. (2014). *O Apoio Matricial em saúde mental no SUS de Belo Horizonte na perspectiva dos trabalhadores*. Dissertação (mestrado). Programa de Pós Graduação de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Dantas, N. F & Passos, I. C. F (2018). Apoio matricial em saúde mental no sus de belo horizonte: perspectiva dos trabalhadores. *Trabalho, Educação e Saúde*, 16(1), 201-220.

- Daumas, T. P et al (2020). O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. *Cad. Saúde Pública*; 36(6):e00104120
- Desviat, M. (2018). *Coabitar a diferença. Da reforma psiquiátrica à saúde mental coletiva*. São Paulo: Zagodoni editora
- Ellerym A. E. L., Pontes, R. J. S., Loiola, F. A. (2013). Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. *Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, 23(2), 415-437.
- Emerich BF, Onocko-Campos R. (2019) Formação para o trabalho em Saúde Mental: reflexões a partir das concepções de Sujeito, Coletivo e Instituição. *Interface (Botucatu)*. 23: e170521
- Fernandez, M. V.; Castro, D. M.; Fernandes, L. M. M.; Alves, I. C. (2020). Reorganizar para avançar: a experiência da Atenção Primária à Saúde de Nova Lima/MG no enfrentamento da pandemia da COVID-19. *APS em Revista* 2(2), 114-121.
- Ferreira Neto, J. L. (2008a). Psicologia e Saúde Mental: três momentos de uma história. *Saúde em debate*, 32(78-80), 18-26.
- Ferreira Neto, J. L. (2008b). Práticas transversalizadas da clínica em saúde mental. *Psicol. Reflex. Crit. [online]*, 21 (1) 110-118.
- Ferreira Neto, J. L. (2011) *Psicologia, políticas públicas e o SUS*. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte, Fapemig.
- Figueiredo, M. D., & Onocko Campos, R. T. (2009). Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, 14(1), 129-138,
- Fox, F (2019) Encontros nos espaços virtuais: conduzindo grupos- foco on-line. In: Braun, V (Org). *Coleta de dados qualitativos: um guia prático para técnicas textuais, midiáticas e virtuais*. (pp317-337). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Freire, P. (1997). *Pedagogia da esperança. Um reencontro com a pedagogia do oprimido*. Rio De janeiro: Paz e Terra.
- Gama, C. A. P., & Onocko Campos, R (2009). Saúde mental na atenção básica: uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis*, 1(2), 112-131.
- Gomes, A. P., et al (2014). PET Saúde/saúde mental–crack, álcool e outras drogas: pesquisa diagnóstica com profissionais do CERSAM-AD Pampulha e da atenção básica da Regional Norte. *Rev. méd. Minas Gerais*, 24(supl. 1), 49-56.
- Goulart, M. S. B (2004). Os descaminhos da política de saúde mental – um estudo sobre os serviços ambulatoriais nos anos 80. Em: Ferrari, I. F & Araújo, J. N. G (orgs) *Psicologia e ciência na PUC Minas. Belo Horizonte: PUC Minas* (pp291-312).

- Goulart, M. S. B. (2015). A política de saúde mental mineira: rumo à consolidação. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 8 (2), 194 - 213
- Guedes, N. A. (2019). *Representações sociais de nutricionistas do núcleo ampliado de saúde da família sobre educação alimentar e nutricional*. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte.
- Guimarães, F. G.; Carvalho, T. M. L.; Bernardes, R. M.; Pinto, J. M. (2020). A organização da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte no enfrentamento da pandemia COVID-19: relato de experiência. *APS em Revista*, 2 (2), 74-82.
- Hess, R. (2004). O movimento da obra de René Lourau. In: Altoé, S (org). *René Lourau: Analista Institucional em Tempo Integral*. (pp15-46). São Paulo: Hucitec.
- Kastrup, V. (2015). Pista 2: O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: Passos, S., Kastrup, V., & Escóssia, L. *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. (pp 32-51) Porto Alegre: Sulina.
- Lhullier, L. A. (2013). *Quem é a Psicóloga brasileira? Mulher, Psicologia e Trabalho*. Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP.
- Lobosque A. M.; Abou-yd, M. (1998). A cidade e a loucura: Entrelaces. In: Afonso R., Santos, A.; Malta, D.; Campos, C.; Merhy, E. (Org.) *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público* (pp 243-264). São Paulo, Xamã.
- Lourau, R. (1993). *René Lourau na UERJ: análise institucional e práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro: Universidade do estado do Rio de Janeiro.
- Lourau, R. (2004a). O instituinte contra o instituído. In: Altoé, S (org). *René Lourau: Analista Institucional em Tempo Integral* (pp 47-65). São Paulo: Hucitec.
- Lourau, R. (2004b). Objeto e método da Análise Institucional. Em: Altoé, S (org). *René Lourau: Analista Institucional em Tempo Integral* (pp 66-86). São Paulo: Hucitec.
- Lourau, R. (2004c). Uma apresentação da Análise Institucional. Em: Altoé, S (org). *René Lourau: Analista Institucional em Tempo Integral* (pp128-139). São Paulo: Hucitec.
- Lourau, R. (2004d). Implicação e sobreimplicação. Em: Altoé, S (org). *René Lourau: Analista Institucional em Tempo Integral* (186-198). São Paulo: Hucitec.
- Massuda, A. (2020). Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4), 1181-1188.
- Melo, E. A., Mendonça, M. H. M., Oliveira, J. R., & Andrade, G. C. L. (2018). Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate*, 42(spe1), 38-51.
- Merhy, E. E. (2002). Apêndice 3: Todos os atores em situação, na saúde, disputam a gestão e produção de cuidado. In: Merhy, E. E. *Saúde: A cartografia do trabalho vivo*. (pp 149-178). São Paulo: Hutitec.

- Moreira, T. C. F. (2013). *Política de saúde mental no município de Belo Horizonte: o papel das ideias dos atores e das instituições na construção de uma práxis de reforma psiquiátrica e desinstitucionalização*. Dissertação de mestrado. Escola de Governo Paulo Neves de Carvalho, Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte.
- Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD(2018). Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate Rio De Janeiro*, 42,(116). 11-24
- Oliveira, E. G. O. (2008). A saúde mental na atenção básica de saúde: uma parceria com as equipes de saúde da família. In: Nilo, K; Morais et al (Orgs). *Política de saúde mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia* (pp 17-25). Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
- Oliveira, M. A. B. et al (2020). A prática do núcleo de apoio à saúde da família do Recife no enfrentamento à pandemia COVID-19. *APS em Revista* 2(2), 142-150
- Oliveira, MM. M. & Campos, G. W. S. (2015). Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1), 229-238.
- Oliveira, M.M., & Campos, G.W.S. (2017). Formação para o Apoio Matricial: percepção dos profissionais sobre processos de formação. *Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, 27 (2), 187-206
- Passos, E & Eirado, A. (2015). Pista 6: Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In: Passos, S., Kastrup, V., & Escóssia, L. (Orgs). *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (pp 109-130) Porto Alegre: Sulina..
- Passos, E., & Barros, R. B. (2015). Pista 1: A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: Passos, S., Kastrup, V., & Escóssia, L. (Orgs). *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (pp 17-30). Porto Alegre: Sulina.
- Pastana, D. H. (2019). *O aspecto técnico-pedagógico do apoio matricial em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação de Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Paula, P. P. de (2012). *Saúde mental na atenção básica: política, trabalho e subjetividade*. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia. São Paulo.
- Paulon, S.M., Pasche, D.F., & Righi, L.B. (2014). Função apoio: da mudança institucional à institucionalização da mudança. *Interface (Botucatu)*, 18 Supl 1:809-20.
- Peduzzi M, & Agreli HF. (2018). Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde). *Interface (Botucatu)*. 22(Supl. 2):1525-34.
- Penido, C. M. F (2012) *Análise da Implicação de apoiadores e trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família no apoio matricial em saúde mental*. Tese de doutorado, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

- Penido, C. M. F e Machado, M. N. M. (2017). A pesquisa-intervenção institucionalista e o trabalhador-pesquisador. Em: Passos, I. C. F., & Penido, C. M. F. (Orgs). *Atenção psicossocial para crianças e adolescentes* (pp 21-36) Zagodoni Editora: Belo Horizonte.
- Penido, C. M. F., et al. (2018). Saúde Mental na Atenção Básica: Dividir ou Somar Apoios Matriciais? *Revista Polis e Psique*, 8(1), 33-51.
- Pereira, L. S. M. (2017) *Cuidado ao idoso frágil na atenção primária à saúde: programa mais vida*. Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Prates, M. M. L., Garcia, V. G., & Moreno, D. F. C. (2013). Equipe de apoio e a construção coletiva do trabalho em Saúde Mental junto à Estratégia de Saúde da Família: espaço de discussão e de cuidado. *Saude soc.* 22(2), 2,642-652.
- Reis, D. C. D., et al (2012). Perfil de atendimento de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família na área de reabilitação, Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2009. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 21(4), 663-674.
- Rocha, M. L. & Aguiar, K; F. (2003). Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises. *Psicologia ciência e profissão*, 23 (4), 64-73
- Rocha, M. L. (2006). Psicologia e as práticas institucionais: a pesquisa-intervenção em movimento. *Psico* , 37 (2), 169-174.
- Rodrigues, H. C. (2006). Sejamos realistas, tentemos o impossível! Desencaminhando a psicologia através da análise institucional. In: Jacó-Vilela, A. M., Ferreira, A. A., Portugal, F. T. (orgs). *História da psicologia: rumos e percursos*. Rio de Janeiro: Editora NAU.
- Rossi, A., & Passos, E. (2014). Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. *Revista EPOS*, 5(1), 156-181.
- Sade, C., Barros, M. R., Melo, J. J. M. & Passos, E. (2013). O uso da entrevista na pesquisa-intervenção participativa em saúde mental: o dispositivo GAM como entrevista coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2813-2824.
- Santos, L. M. dos. (2011). *Competências dos Profissionais de Saúde nas Práticas Educativas em Diabetes Tipo 2 na Atenção Primária à Saúde*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Santos, T.L.A. (2019). *A dimensão técnico-pedagógica do apoio matricial nos Núcleos de Apoio Saúde da Família (NASF) em Belo Horizonte – MG*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação de Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Silva, D. A. M., , et al. (2018). A prática clínica do farmacêutico no núcleo de apoio à saúde a família. *Trabalho, Educação e Saúde*, 16(2), 659-682.

- Silva, J. W. S., Silva, J. C., Oliveira, S. R. A. (2020). Núcleo de Apoio à Saúde da Família: reflexão do seu desenvolvimento através da avaliação realista. *Saúde debate* 44 (124).
- Silveira, J. P. M.; Zonta, R. (2020) Experiência de reorganização da APS para o enfrentamento da COVID-19 em Florianópolis. *APS em Revista* 2(2), 91-96
- Silveira, M. R. (2009). *A saúde mental na atenção básica: um diálogo necessário. Tese de doutorado*. Escola de enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte..
- Soares, S. (2015). *A dimensão técnico-pedagógica do matriciamento em saúde mental*. Dissertação de Mestrado, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Tedesco, S. H., Sade, C., & Caliman, L. V. (2013). A entrevista na pesquisa cartográfica: experiência do dizer. *Fractal, Rev. Psicol.*, 25 (2), 299-322
- Teixeira, C. F. S. et al. (2020). A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid- 19. *Cad. Saúde Pública* ; 36(6):e00104120
- Treichel C.A.S, Campos R.T.O, & Campos G.W.S. (2019) Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 23, e180617
- Veloso, B. G & Matos, S. G (1998). A complexa construção do SUS-Belo Horizonte – os desafios que ele propôs. In: Afonso R., Santos, A.; Malta, Dd.; Campos, C.; Merhy, E. (Org.) *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público* (pp. 243-264). São Paulo, Xamã.

APÊNDICE A -ROTEIRO DAS ENTREVISTA COM GESTORES

1) Gestor antigo da saúde mental

Data	22/03/2019, às 09:30 h
Entrevistado	Gestor antigo da saúde mental
Entrevistadores	Diego Pastana e Cláudia Penido
PERGUNTAS DISPARADORAS	
Por favor, a gente gostaria que você se apresentasse e nos contasse sobre sua trajetória profissional que se desdobrou na sua função como coordenadora de saúde mental em BH no período de a;	
Você poderia nos contar sobre a história do início das práticas de matriciamento em BH?	
<p>Marcos a investigar:</p> <p>Programa de Ações de Saúde Mental da região metropolitana-SES (1985): psicólogos e psiquiatras existentes no CS passaram a integrar equipes com A. Sociais; - Periodização da SM de BH por Ferreira Neto que indica que a partir dos anos 2000, associado à expansão do PSF, iniciou-se em BH o período conhecido como apoio matricial. Mas Campos et al (2016) diz que iniciou na década de 90 [mas o apoio em SM foi proposto pelo MS em 2003], você concorda com isso?;</p> <p>-Em BH a coordenação de saúde mental e as gerências de Atenção à Saúde assinaram, também em 2003, o documento Saúde Mental na Atenção Básica, “cujo contorno busca atender à função matricial” (Ferreira Neto, 2011); Pós conferência 2010 quando passou a ter um psicólogo em cada UBS. O que mudou?</p>	
Você poderia nos indicar algum documento-diretriz do Brasil e sobretudo de BH que orientava o matriciamento em saúde mental em BH?	
Houve alguma experiência pessoal ou de algum lugar específico que influenciasse a gestão do apoio matricial em saúde mental em BH naquela época?	
Como percebe a política municipal de saúde mental na APS em relação à política nacional específica?	
Houve algum tipo de tensão/conflito na prática de matriciamento em saúde mental em BH quando ela surgiu? Que consenso tem sido produzido ou tem sido possível; que forças estão em jogo; que participantes?	
<p>DIMENSÃO TÉCNICO-PEDAGÓGICA E RESPECTIVA FORMAÇÃO</p> <p>Há uma dimensão assistencial e outra técnico-pedagógica no processo de trabalho de apoio matricial (segundo literatura e caderno de diretrizes do MS).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quando você foi coordenadora os profissionais da SM que trabalhavam na APS incorporaram essa dimensão técnico-pedagógica no seu processo de trabalho? • Os apoiadores da SM são preparados para o exercício da dimensão técnico-pedagógica? - Se sim, de que forma? Se não: a) Na sua opinião, em quê os apoiadores se basearam até o momento para aprender/exercer o apoio 	

matricial em sua dimensão técnico-pedagógica? b) Você acha que deveria se oferecer algum tipo de formação para essa prática? Qual?

- Na pesquisa identificamos que em geral, na SM, o chamado “perfil” do profissional é entendido como mais determinante para a qualidade do matriciamento do que a sua formação. O que pensa sobre isso? (o que entende por perfil?)
- Você considera que a expectativa das EqSF quanto ao matriciamento em saúde mental é condizente com essa concepção que inclui uma dimensão técnico-pedagógica no trabalho dos apoiadores?

APOIO MATRICIAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA

Você acredita que o matriciamento em saúde mental contribui para o avanço da reforma psiquiátrica? Alguns autores, como Paulo Amarante e Lancetti, defenderam que o matriciamento poderia ser um importante instrumento para a disseminação e compartilhamento de práticas em saúde mental na atenção primária. Você percebia esse efeito em BH?

SITUAÇÕES ENCONTRADAS A PARTIR DA ATUAL PESQUISA

- Antes de chegarmos até aqui nessa fase da pesquisa nós passamos por etapas de revisão bibliográfica, observações de reuniões de apoio matricial e grupos de reflexão com trabalhadores. Gostaríamos de expor algumas situações encontradas para que você comentasse:
 - a) Sobre a questão da ACS que pesquisou o termo psicose no Google:
M2. uma prova que ela não devia tá lá né? [...] ela não devia estar ali... na minha opinião... [...] porque termos técnicos... se tá/se é um local em que você precisa compreender o que tá sendo dito... (...)
M2. na minha opinião... talvez... talvez teriam que ter momentos diferentes para discussão... [...] momentos para discutir com ACS... momentos pra discutir com profissional de enfermagem e profissional médico... né? De repente tão colocando tudo no mesmo saco, né? Porque pra ela ficar ali perdida... poxa... (grupo de reflexão de ACS e técnicos de enfermagem)
 - b) Mas mesmo assim nesse lugar solícito de disponibilizar o que você sabe pro outro, você tá num lugar de que sabe e o outro no lugar de que não sabe (...) então, nesse sentido, a postura não é matriciamento... é de ensino. E, assim, o matriciamento é ENSINO?
Pesquisadora - Matriciamento tem ensino?
Psiq - é sim, é sim, eu acho que tem ensino
Psi 3 - você ensina e você aprende
Psi 2 - (...) mas por isso fica pesado, porque se eu tiver que ensinar tudo que é da ordem da saúde mental pras equipes... Meu Deus, tô saindo correndo. (grupo de reflexão das EqSM)

- c) É engraçado isso que você tá falando sobre o NASF, lembrei de uma coisa: eu tenho um questionamento na unidade, sobre os matriciamentos (NASF e SM) serem separados. O paciente é um. E aí eles fragmentam o paciente, porque, assim, as unidades de saúde são psicóticas, fragmentam. Tem a reunião de equipe, tem o matriciamento do NASF ou da saúde mental e pra falar de um único paciente. Eu sempre falo isso com eles, olha, pra mim a unidade é psicótica porque fragmenta o tempo todo... e na hora do matriciamento, as discussões são os delírios". (grupo de reflexão das EqSM)

RELAÇÃO SM-NASF

- Na sua época da sua coordenação já existia o NASF? Se não: contar como é e perguntar a opinião sobre a divisão de clientela. Se sim: você percebe alguma relação entre as práticas de apoio da Saúde Mental e NASF? Você entende que ao NASF em BH cabem ações em saúde mental? Você acha importante a articulação entre as gestões da SM e do NASF? E entre os trabalhadores de cada equipe? Isso foi possível na sua gestão? Se sim, como? Se não, por que?
- É possível haver duplicidade de psicólogos nas práticas de apoio matricial na AB em BH, um na equipe do NASF e outro na equipe de SM, ambos psicólogos apoiando a mesma equipe de saúde da família. Sobre isso, algumas questões: Como você avalia essa duplicidade? Que potencialidades ou dificuldades ela pode gerar? Que impactos ela pode ter para o cuidado em saúde mental?
- Você poderia nos apontar semelhanças e diferenças entre as práticas de apoio do NASF e Saúde Mental?

2) Gestor atual da saúde mental

Data	20/03/2019, às 10:00h
Entrevistado	Gestor atual da saúde mental
Entrevistadores	Diego Pastana e Cláudia Penido
PERGUNTAS DISPARADORAS	
Por favor, a gente gostaria que você se apresentasse e nos contasse sobre sua trajetória profissional que se desdobrou na sua atual função como coordenador de saúde mental em BH;	
Você conhece a história do início das práticas de matriciamento em BH? Há alguma informação que poderia nos dar nesse sentido?	
Você poderia nos indicar algum documento-diretriz do Brasil e sobretudo de BH que oriente as práticas matriciais em saúde mental na Atenção Primária?	
Há alguma experiência pessoal ou de algum lugar específico que influencie a atual gestão do apoio matricial em saúde mental em BH?	

Como percebe a política municipal de saúde mental na APS em relação à política nacional específica?

Quais são as atribuições das Referências Técnicas dos distritos? Como avalia a função das atuais referências técnicas em cada distrito? Há algo que elas poderiam fazer e não fazem?

Atualmente há algum tipo de tensão/conflito na prática matricial em saúde mental em BH? Que consenso tem sido produzido ou tem sido possível; que forças estão em jogo; que participantes?

DIMENSÃO TÉCNICO-PEDAGÓGICA E RESPECTIVA FORMAÇÃO

Há uma dimensão assistencial e outra técnico-pedagógica no processo de trabalho de apoio matricial (segundo literatura e caderno de diretrizes do MS).

- Como você percebe a prática pedagógica do apoio matricial em BH?
- Como, na sua percepção atual de gestor, os matriciadores da SM incorporaram essa dimensão técnico-pedagógica no seu processo de trabalho?
- Os apoiadores da SM são preparados para o exercício da dimensão técnico-pedagógica? - Se sim, de que forma? -Se não: a) Na sua opinião, em que os apoiadores se basearam até o momento para aprender/exercer o apoio matricial em sua dimensão técnico-pedagógica? b) Você acha que deveria se oferecer algum tipo de formação para essa prática? Qual?
- Na pesquisa identificamos que em geral, na SM, o perfil do profissional é entendido como mais determinante para a qualidade do matriciamento do que a sua formação. O que pensa sobre isso?
- Você considera que a expectativa das EqSF quanto ao matriciamento em saúde mental é condizente com essa concepção que inclui uma dimensão técnico-pedagógica no trabalho dos apoiadores?

APOIO MATRICIAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA

Você acredita que o matriciamento em saúde mental contribui para o avanço da reforma psiquiátrica? Alguns autores, como Paulo Amarante e Lancetti, defenderam que o matriciamento poderia ser um importante instrumento para a disseminação e compartilhamento de práticas em saúde mental na atenção primária. Você percebia esse efeito em BH?

SITUAÇÕES ENCONTRADAS A PARTIR DA ATUAL PESQUISA

- Antes de chegarmos até aqui nessa fase da pesquisa nós passamos por etapas de revisão bibliográfica, observações de reuniões de apoio matricial e grupos de reflexão com trabalhadores. Gostaríamos de expor algumas situações encontradas para que você comentasse:

- d) Sobre a questão da ACS que pesquisou o termo psicose no Google:
M2. uma prova que ela não devia tá lá né? [...] ela não devia estar ali... na minha opinião... [...] porque termos técnicos... se tá/se é um local em que você precisa compreender o que tá sendo dito... (...)
M2. na minha opinião... talvez... talvez teriam que ter momentos diferentes para discussão... [...] momentos para discutir com ACS... momentos pra discutir com profissional de enfermagem e profissional médico... né? De repente tão colocando tudo no mesmo saco, né? Porque pra ela ficar ali perdida... poxa... (grupo de reflexão de ACS e técnicos de enfermagem)
- e) Mas mesmo assim nesse lugar solicito de disponibilizar o que você sabe pro outro, você tá num lugar de que sabe e o outro no lugar de que não sabe (...) então, nesse sentido, a postura não é matriciamento... é de ensino. E, assim, o matriciamento é ENSINO?
Pesquisadora - Matriciamento tem ensino?
Psiq - é sim, é sim, eu acho que tem ensino
Psi 3 - você ensina e você aprende
Psi 2 - (...) mas por isso fica pesado, porque se eu tiver que ensinar tudo que é da ordem da saúde mental pras equipes... Meu Deus, tô saindo correndo. (grupo de reflexão das EqSM)
- f) É engraçado isso que você tá falando sobre o NASF, lembrei de uma coisa: eu tenho um questionamento na unidade, sobre os matriciamentos (NASF e SM) serem separados. O paciente é um. E aí eles fragmentam o paciente, porque, assim, as unidades de saúde são psicóticas, fragmentam. Tem a reunião de equipe, tem o matriciamento do NASF ou da saúde mental e pra falar de um único paciente. Eu sempre falo isso com eles, olha, pra mim a unidade é psicótica porque fragmenta o tempo todo... e na hora do matriciamento, as discussões são os delírios". (grupo de reflexão das EqSM)

RELAÇÃO SM-NASF

- Há alguma relação entre as práticas de apoio da Saúde Mental e NASF? Você entende que ao NASF em BH cabem ações em saúde mental? Se sim: você acha importante a articulação entre as gestões da SM e do NASF? E entre os trabalhadores de cada equipe? Isso tem sido possível na sua gestão? Se sim, como? Se não, por que?
- É possível haver duplicidade de psicólogos nas práticas de apoio matricial na AB em BH, um na equipe do NASF e outro na equipe de SM, ambos psicólogos apoiando a mesma equipe de saúde da família. Como você avalia essa duplicidade? Que potencialidades ou dificuldades ela pode gerar? Que impactos ela pode ter para o cuidado em saúde mental?
- Você poderia nos apontar semelhanças e diferenças entre as práticas de apoio do NASF e Saúde Mental?

3) Gestor antigo do NASF

Data	29/08/18, às 9:00h
Entrevistado	Gestor antigo do NASF
Entrevistadores	Thayná Santos e Cláudia Penido
PERGUNTAS DISPARADORAS	
<p>A gente gostaria que você nos contasse sobre o processo de criação dos NASF em BH;</p> <ul style="list-style-type: none">• Você poderia nos indicar algum documento diretriz dos NASF de BH, algum documento norteador do processo de trabalho? O documento <i>NASF BH: competências e ações</i> (publicado em agosto/2008 e atualizado em dez/2012) continuava, até sua saída da coordenação, como uma referência? Ou há outro? Quem elaborou esses documentos? Esses documentos, quando elaborados, foram discutidos com os trabalhadores? E ao longo dos anos com os trabalhadores recém-chegados?• Que experiências influenciaram a criação dos NASF em BH?• Houve algum tipo de tensão/conflito na criação do NASF? Que consenso foi produzido ou possível; que forças estavam em jogo; que participantes? [Recuperar o debate]• Desde a fundação do NASF até a época em que você saiu da coordenação, como percebia a política municipal do NASF em relação à política nacional específica?• Na sua coordenação, já existiam as Referências Técnicas nos distritos? Se sim, quais as atribuições delas? Se não, como avalia a existência das atuais referências técnicas em cada distrito?	
DIMENSÃO TÉCNICO-PEDAGÓGICA E RESPECTIVA FORMAÇÃO	
<ul style="list-style-type: none">• Há uma dimensão assistencial e outra técnico-pedagógica no processo de trabalho do NASF (segundo literatura, caderno de diretrizes do MS e documento orientador do NASF municipal). Como era concebida a prática pedagógica do apoio matricial na fundação do NASF em BH? Você considera que a expectativa das EqSF quanto ao NASF era condizente com essa concepção que incluía uma dimensão técnico-pedagógica no trabalho dos apoiadores? Como, na sua percepção, os trabalhadores do NASF incorporaram essa dimensão técnico-pedagógica no seu processo de trabalho?• Os apoiadores do NASF são preparados para o exercício da dimensão técnico-pedagógica? Se sim, de que forma? Se não, você acha que deveria se oferecer algum tipo de formação para essa prática? Qual?	
SITUAÇÕES ENCONTRADAS A PARTIR DA ATUAL PESQUISA	
<ul style="list-style-type: none">• Antes de chegarmos até aqui nessa fase da pesquisa nós passamos por etapas de revisão bibliográfica, observações de reuniões de apoio matricial e grupos focais com trabalhadores. Gostaríamos de expor algumas situações encontradas para que você comentasse.• Você chegou a acompanhar o processo de ampliação ocorrido no NASF no início deste ano? Se sim, o que achou dele?	

- Você acha que a nova PNAB pode repercutir no processo de trabalho do NASF/NASF-AB, particularmente em relação às práticas de matriciamento? Se sim, como?

RELAÇÃO NASF-SM

- Há alguma relação entre as práticas de apoio do NASF e Saúde Mental? Afinal, ao NASF em BH cabem ações em saúde mental? Se sim, você acha importante a articulação entre as gestões da SM e do NASF? E entre os trabalhadores de cada equipe? Isso foi possível na sua gestão? Se sim, como? Se não, por que?
- É possível haver duplicidade de psicólogos nas práticas de apoio matricial na AB em BH, um na equipe do NASF e outro na equipe de SM, ambos psicólogos apoiando a mesma equipe de saúde da família. Sobre isso, algumas questões: Como você avalia essa duplicidade? Que potencialidades ou dificuldades ela pode gerar? Que impactos para o cuidado em saúde mental?

4) Gestor atual do NASF

Data	213/11/2018, às 9:30
Entrevistado	Gestor atual do NASF
Entrevistadores	Thayná Santos e Cláudia Penido

PERGUNTAS DISPARADORAS

- A gente gostaria que você se apresentasse e nos contasse sobre sua participação no processo de criação dos NASF em BH;
- Você poderia nos indicar algum documento-diretriz dos NASF de BH atualmente, algum documento norteador do processo de trabalho? O documento *NASF BH: competências e ações* (publicado em agosto/2008 e atualizado em dez/2012) continua uma referência? Ou há outro? Se sim: quem elaborou? Esses documentos, quando elaborados, são discutidos com os trabalhadores? E posteriormente com os trabalhadores recém-chegados?
- Há alguma experiência pessoal ou de algum lugar específico que influencie a atual gestão dos NASF em BH?
- Na sua experiência como profissional, houve algum tipo de tensão/conflito na criação do NASF em BH? Que consenso foi produzido ou possível; que forças estavam em jogo; que participantes? [Recuperar o debate]
- Em seu tempo de trabalhadora do NAR e NASF e como gestora atualmente, como percebe a política municipal do NASF em relação à política nacional específica?
- Quais são as atribuições das Referências Técnicas dos distritos? Como avalia a função das atuais referências técnicas em cada distrito? Há algo que elas poderiam fazer e não fazem?

DIMENSÃO TÉCNICO-PEDAGÓGICA E RESPECTIVA FORMAÇÃO

- Há uma dimensão assistencial e outra técnico-pedagógica no processo de trabalho do NASF (segundo literatura, caderno de diretrizes do MS e documento orientador do NASF municipal). Como você vivenciou a prática pedagógica do apoio matricial na

fundação do NASF em BH? Você considera que a expectativa das EqSF quanto ao NASF era condizente com essa concepção que incluía uma dimensão técnico-pedagógica no trabalho dos apoiadores? Como, na sua percepção atual de gestora, os trabalhadores do NASF incorporaram essa dimensão técnico-pedagógica no seu processo de trabalho?

- Os apoiadores do NASF são preparados para o exercício da dimensão técnico-pedagógica? Se sim, de que forma? Se não, você acha que deveria se oferecer algum tipo de formação para essa prática? Qual?

SITUAÇÕES ENCONTRADAS A PARTIR DA ATUAL PESQUISA

- Qual sua avaliação sobre o processo de ampliação ocorrido no NASF no início deste ano?
- Você acha que a nova PNAB pode repercutir no processo de trabalho do NASF/NASF-AB, particularmente em relação às práticas de matriciamento? Se sim, como?

RELAÇÃO NASF-SM

- Há alguma relação entre as práticas de apoio do NASF e Saúde Mental? Afinal, ao NASF em BH cabem ações em saúde mental? Se sim, você acha importante a articulação entre as gestões da SM e do NASF? E entre os trabalhadores de cada equipe? Isso tem sido possível na sua gestão? Se sim, como? Se não, por que?
- É possível haver duplicidade de psicólogos nas práticas de apoio matricial na AB em BH, um na equipe do NASF e outro na equipe de SM, ambos psicólogos apoiando a mesma equipe de saúde da família. • Sobre isso, algumas questões:
- Como você avalia essa duplicidade? Que potencialidades ou dificuldades ela pode gerar?
- Que impactos para o cuidado em saúde mental?
- Você poderia nos apontar semelhanças e diferenças entre as práticas de apoio do NASF e Saúde Mental?

APÊNDICE B – ROTEIRO ENTREVISTAS TRABALHADORES

1) Entrevistas do Distrito 1 – Reunião de psicólogas conjunta

Data	Entrevistado(s)	Entrevistador(es)
14/10/202 às 9:30h	Duas psicólogas da EqSM	Julia Oliveira e Cláudia Penido
16/10/2020 às 9:00h	Duas psicólogas do NASF	Julia Oliveira e Cláudia Penido
20/10/2020 às 7:30h	Psicóloga de duplo vínculo	Julia Oliveira
PERGUNTAS DISPARADORAS		
<p>RAPPORT: Abordar a situação da Covid-19, como está o enfrentamento, como os profissionais estão lidando com isso? Agradecer a disponibilidade para discutir a temática da pesquisa.</p> <p>INTRODUÇÃO: Na maior parte dos municípios brasileiros, quem realiza o matriciamento junto às Equipes de Saúde da Família são as equipes de NASF. Em BH, além do NASF, há os profissionais da SM, que também fazem matriciamento. Portanto, uma mesma Equipe de Saúde da Família é apoiada por uma equipe de NASF e por uma equipe de SM. Na primeira fase da nossa pesquisa, na qual estudamos a dimensão formativa do apoio matricial em BH, identificamos que há pouca articulação entre as equipes apoiadoras e que isso pode ter algumas consequências. Porém, também identificamos algumas situações de encontro entre as equipes apoiadoras, como as situações que vocês participam e que nós observamos durante algum tempo. No caso de vocês, a reunião conjunta de psicólogas.</p> <p>PERGUNTA DISPARADORA: Gostaríamos que vocês falassem um pouco sobre a vivência de vocês dessa situação particular de BH, da coexistência de dois matriciamentos diferentes para uma mesma equipe de saúde da família, um pela equipe de saúde mental e outro pelo NASF.</p> <p>PERGUNTAS DE RELANCE (sem ordem necessariamente definida; não é obrigatório o uso de todas essas perguntas ao longo da entrevista):</p> <ol style="list-style-type: none">1- Vocês identificam pontos positivos na coexistência de dois matriciamentos em BH? Se sim, quais?2- Vocês identificam limites ou dificuldades na coexistência de dois matriciamentos em BH? Se sim, quais?3- A experiência de tentativa de articulação de psicólogas do NASF e SM) contribuiu para melhorar o cuidado em SM que é ofertado na Atenção Básica de BH, seja pela SM, pelo NASF e/ou eSF?4- A experiência de tentativa de articulação de psicólogas do NASF e SM) mudou algo no trabalho cotidiano dos profissionais do NASF, da SM e/ou da eSF em relação aos usuários com sofrimento mental?5- Que outras experiências de articulação entre NASF e SM poderiam contribuir para qualificar o cuidado em saúde mental que é ofertado na Atenção Básica de BH, seja pela SM, pelo NASF e, principalmente, pela eSF?6- Há algo a mais que vocês gostariam de abordar sobre essa temática?		

DISCUSSÃO DE TRECHOS PRODUZIDOS NAS OBSERVAÇÕES: A partir de agora, gostaríamos de compartilhar com vocês 2 trechos produzidos a partir das observações das reuniões de psicólogas apoiadores matriciais. Gostaríamos que, após a leitura que faremos coletivamente, vocês nos contassem como esses trechos afetaram vocês, quais impressões tiveram a partir deles.

TRECHO 1: Durante a reunião de psicólogas do NASF e da SM, uma psicóloga do NASF problematiza que o caso não é do NASF ou da SM, mas da unidade, de todos, das eSF. Ela diz que com os matriciamentos separados a eSF se desresponsabiliza, não se apropria dos casos porque é só “passar o caso” ou pro NASF ou para EqSM. Isso dificulta até para romper o estigma dos usuários da SM. Diante desse comentário, um psicólogo da SM acrescenta que o “matriciamento é para o PSF” e que tem que ser padrão. Outra psicóloga da SM acrescenta que é preciso amadurecer as eSF, qualificá-las mais. Uma psicóloga da SM concorda e compartilha que leu um artigo recentemente que indicava que a falta de manejo do PSF faz com que a reforma psiquiátrica não avance e que isso a deixa muito preocupada.

TRECHO 2: Durante a reunião de psicólogas do NASF e da SM, uma psicóloga da SM compartilha que há articulação entre ela e a psicóloga do NASF que apoia a sua UBS, alegando que conseguem conversar nos corredores, fazer encaminhamentos uma para a outra. Há a ponderação, por parte de outra profissional da SM, de que como o caso é passado por fora, não há matriciamento. Outra psicóloga da SM comenta que mesmo no matriciamento há mais passagem de caso, sem matricular de fato, queixando que a eSF não possui informações mais detalhadas do caso. Uma quarta psicóloga da SM diz que se a eSF não sabe falar dos casos, “já passou da hora de aprender”

2) Entrevistas do Distrito 2 – Reunião de matriciamento conjunto

Data	Entrevistado(s)	Entrevistador(es)
4/12/2020 às 10h	Enfermeira e Agente Comunitária de Saúde da eSF	Julia Oliveira e Cláudia Penido
20/10/2020 às 15:30h	Psicóloga EqSM	Julia Oliveira
27/10/2020 às 15:30h	Psicóloga NASF e nutricionista NASF	Julia Oliveira e Cláudia Penido
16/10/2020 às 15h	Assistente social do CS	Julia Oliveira e Cláudia Penido

PERGUNTAS DISPARADORAS

RAPPORT: Abordar a situação da Covid-19, como está o enfrentamento, como os profissionais estão lidando com isso? Agradecer a disponibilidade para discutir a temática da pesquisa.

INTRODUÇÃO: Na maior parte dos municípios brasileiros, quem realiza o matriciamento junto às Equipes de Saúde da Família são as equipes de NASF. Em BH, além do NASF, há os profissionais da SM, que também fazem matriciamento. Portanto, uma mesma Equipe de Saúde

da Família é apoiada por uma equipe de NASF e por uma equipe de SM. Na primeira fase da nossa pesquisa, na qual estudamos a dimensão formativa do apoio matricial em BH, identificamos que há pouca articulação entre as equipes apoiadoras e que isso pode ter algumas consequências. Porém, também identificamos algumas situações de encontro entre as equipes apoiadoras, como as situações que vocês participam e que nós observamos durante algum tempo. No caso de vocês, a reunião conjunta de psicólogas.

PERGUNTA DISPARADORA: Gostaríamos que vocês falassem um pouco sobre a vivência de vocês dessa situação particular de BH, da coexistência de dois matriciamentos diferentes para uma mesma equipe de saúde da família, um pela equipe de saúde mental e outro pelo NASF.

PERGUNTAS DE RELANCE (sem ordem necessariamente definida; não é obrigatório o uso de todas essas perguntas ao longo da entrevista):

- 1- Vocês identificam pontos positivos na coexistência de dois matriciamentos em BH? Se sim, quais?
- 2- Vocês identificam limites ou dificuldades na coexistência de dois matriciamentos em BH? Se sim, quais?
- 3- A experiência de tentativa de articulação de psicólogas do NASF e SM) contribuiu para melhorar o cuidado em SM que é ofertado na Atenção Básica de BH, seja pela SM, pelo NASF e/ou eSF?
- 4- A experiência de tentativa de articulação de psicólogas do NASF e SM) mudou algo no trabalho cotidiano dos profissionais do NASF, da SM e/ou da eSF em relação aos usuários com sofrimento mental?
- 5- Que outras experiências de articulação entre NASF e SM poderiam contribuir para qualificar o cuidado em saúde mental que é ofertado na Atenção Básica de BH, seja pela SM, pelo NASF e, principalmente, pela eSF?
- 6- Há algo a mais que vocês gostariam de abordar sobre essa temática?

DISCUSSÃO DE TRECHOS PRODUZIDOS NAS OBSERVAÇÕES: A partir de agora, gostaríamos de compartilhar com vocês 2 trechos produzidos a partir das observações das reuniões de psicólogas apoiadores matriciais. Gostaríamos que, após a leitura que faremos coletivamente, vocês nos contassem como esses trechos afetaram vocês, quais impressões tiveram a partir deles.

TRECHO 1: "Uma das participantes da reunião unificada de matriciamento narra o histórico de surgimento dessas reuniões para as observadoras. Conta que a psicóloga da SM e a TO do NASF pactuaram a reunião unificada em um período em que a psicóloga do NASF estava de licença. Quando a psicóloga do NASF voltou, apontou-se que ela estranhou a configuração de reunião unificada e achou que ficou confuso e que se perde muito tempo discutindo se o caso é para o NASF ou para a SM."

TRECHO 2: "Inicialmente, a reunião de matriciamento unificada, ou ampliada, contou com devolutivas dos casos acompanhados pelo NASF e pelo AMSM. Em um segundo momento, a eSF passou a compartilhar os novos casos. As discussões começaram pelos novos casos da SM, o que se prolongou por grande parte da reunião. À medida que a reunião foi chegando ao fim, a enfermeira entregou as folhas com os encaminhamentos direcionados ao NASF às profissionais dessa estratégia matricial, para que elas pudessem ir "dando uma olhada", alegando que ainda possuía mais casos para discutir com a SM"

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**


Projeto: CAAE 71332917.3.0000.5149

**Interessado(a): Profa. Claudia Maria Filgueiras Penido
Depto. Psicologia
FAFICH- UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 23 de agosto de 2017, o projeto de pesquisa intitulado “**O caráter técnico-pedagógico do apoio matricial em Belo Horizonte-MG**” bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.


Prof. Dra. Vivian Resende
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRO E ESCLARECIDO

O CARÁTER TÉCNICO-PEDAGÓGICO DO APOIO MATRICIAL EM BH-MG TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos-lhe para participar de uma pesquisa sobre o caráter técnico-pedagógico do apoio matricial em Belo Horizonte-MG. Este estudo está sendo desenvolvido pelo Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, em colaboração com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. A pesquisa está sob coordenação da Profa. Dra. Cláudia Maria Filgueiras Penido.

SUA PARTICIPAÇÃO NÃO É OBRIGATÓRIA:

Este termo de consentimento lhe dará informações sobre o estudo e você poderá conversar sobre ele ou qualquer dúvida que tenha com o próprio coordenador do grupo focal, roda de conversa ou seminário do qual participará. Após você ter entendido o estudo, e se decidir participar do mesmo, solicitaremos que você assine o termo de consentimento na última página e rubrique as demais folhas (Carta Circular no. 003/2011, CONEP/CNS), o que já terá sido feito pela pesquisadora. Você também receberá sua via para guardar. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com este serviço.

OBJETIVOS DO ESTUDO:

Analisar e contribuir para qualificar o caráter técnico-pedagógico das práticas de apoio matricial em Belo Horizonte-MG. Não são conhecidas pesquisas sobre o caráter técnico-pedagógico do apoio matricial, provavelmente devido ao caráter recente desta metodologia encampada pelo Ministério da Saúde, o que reforça a necessidade de aprofundamento no tema e de colaboração no processo formativo de apoiadores matriciais. Desta forma, precisamos conversar com pessoas envolvidas nesta metodologia e, caso concorde em participar da pesquisa, iniciaremos uma discussão sobre o assunto, que poderá se dar no formato de entrevista, grupo focal, roda de conversa ou seminário.

PROCEDIMENTOS:

Este estudo foi aprovado previamente pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG).

1. () Durante a entrevista, perguntaremos sobre o apoio matricial ofertado às equipes de saúde da família pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família ou Equipes de Saúde Mental. Esta entrevista não deve demorar mais do que duas horas e você será dispensado do trabalho por um período de três horas, incluído tempo para deslocamento até o local de sua realização. Você poderá se recusar a falar sobre qualquer aspecto do assunto abordado.
2. () Durante o grupo focal, perguntaremos sobre o apoio matricial ofertado às equipes de saúde da família pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Equipes de Saúde Mental. Este grupo focal não deve demorar mais do que duas horas e você será dispensado do trabalho por um período de três horas, incluído tempo para deslocamento até o local de sua realização. Você poderá se recusar a falar sobre qualquer aspecto do assunto abordado.
3. () Durante a roda de conversa, discutiremos sobre o apoio matricial ofertado às equipes de saúde da família pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Equipes de Saúde Mental. Esta roda de conversa não deve demorar mais do que duas horas e você será dispensado do trabalho por um período de três horas, incluído tempo para deslocamento até o local de sua realização. Você poderá se recusar a falar sobre qualquer aspecto do assunto abordado.
4. () Durante o seminário de restituição de pesquisa, divulgaremos e discutiremos os resultados preliminares sobre a pesquisa a respeito do apoio matricial ofertado pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Equipes de Saúde Mental às equipes de saúde da família. Esta restituição não deve demorar mais do que duas horas e você será dispensado do trabalho por um período de três horas, incluído tempo para deslocamento até o local de sua realização. Você poderá se recusar a falar sobre qualquer aspecto do assunto abordado.

CONFIDENCIALIDADE:

Você tem a garantia de que os resultados desta pesquisa e suas respostas serão confidenciais. Nenhuma identificação pessoal estará vinculada às suas respostas. Todos os dados da pesquisa serão identificados apenas por códigos. Somente você e algumas pessoas trabalhando diretamente na pesquisa saberão estes códigos. Os arquivos de áudio contendo as gravações de grupos focais ou rodas de conversa serão

armazenados por no máximo 5 anos. Nenhuma informação sobre os seus dados será utilizada sem sua permissão. Os dados coletados serão utilizados somente para o estudo.

POSSÍVEIS RISCOS:

O únicos riscos potenciais de participar desta pesquisa são: desconforto com algumas perguntas avaliativas sobre o processo de trabalho, apesar do esclarecimento feito sobre a preservação do sigilo dos envolvidos na pesquisa; fadiga, embora seja combinado previamente com o participante sobre a possibilidade de interromper ou mesmo suspender sua participação a qualquer momento e em quaisquer dos procedimentos que participar; constrangimento em não querer participar da pesquisa tendo sido indicado por colegas ou pela coordenação ou referência técnica do distrito sanitário, apesar de esclarecido que a não participação não resultará em qualquer tipo de retaliação ou perda.

POSSÍVEIS BENEFÍCIOS:

Os resultados da pesquisa, além de buscarem suprir em parte uma defasagem científica, poderão ser utilizados pela gestão da Atenção Primária à Saúde, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e da Saúde Mental em Belo Horizonte-MG na compreensão e elaboração de estratégias de melhoria da qualidade do apoio matricial ofertado por seus respectivos profissionais.

CUSTOS:

- 1.() Entrevistas: a coleta dos dados será realizada nos locais de trabalho dos participantes, não ocasionando nenhum tipo de custo.
- 2.() Grupos focais: a coleta dos dados será realizada nos locais de trabalho dos participantes, não ocasionando nenhum tipo de custo.
- 3.() Rodas de conversa: a coleta dos dados será realizada nos locais de trabalho dos participantes, não ocasionando nenhum tipo de custo.
- 4.() Seminários de restituição: a coleta dos dados será realizada nos locais de trabalho dos participantes, não ocasionando nenhum tipo de custo.

Fica garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

OUTRAS INFORMAÇÕES:

Você pode entrar em contato com a Dra. Cláudia Maria Filgueiras Penido na Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FAFICH), na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), coordenadora do Projeto, pelo telefone 3409-6281 e/ou email claudiapenido@ufmg.br, para tirar suas dúvidas sobre sua participação ou para comunicar qualquer problema com relação a este projeto.

O endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG) é Av. Antônio Carlos 6627, Unidade Administrativa II, segundo andar, sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte-MG, Brasil, CEP: 31270-901, tel.3409-4592.

Dados de contato do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000. Telefone: 3277-5309.

Os comitês de ética só deverão ser procurados em caso de dúvidas sobre a ética na pesquisa, as demais dúvidas devem ser tiradas com a coordenadora da pesquisa (Dra. Cláudia Penido) por email (claudiapenido@ufmg.br) ou pelo telefone 3409-6281.

Dra. Cláudia Maria Filgueiras Penido Coordenadora da pesquisa

CONSENTIMENTO

Eu li este consentimento e me foram dadas as oportunidades para esclarecer minhas dúvidas. Minha participação é inteiramente voluntária. No caso de não querer participar, não terei nenhum prejuízo no serviço ou com relação ao pesquisador. Portanto, eu concordo em participar e assino abaixo, em duas vias:

Data // _ _ / _ _

NOME LEGÍVEL DO PARTICIPANTE ASSINATURA

Este Centro Participante da Pesquisa compromete-se a conduzir todas as atividades desta pesquisa de acordo com os termos do presente consentimento e assina abaixo, em duas vias:

Data / / _ _

NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL ASSINATURA PELA OBTENÇÃO DO CONSENTIMENTO