

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG
Faculdade de Medicina
Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência

Carolina de Sena Sousa

**MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL COM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM
SAÚDE MENTAL: encontros e efeitos no território da Pampulha, em Belo
Horizonte - MG**

Belo Horizonte

2022

Carolina de Sena Sousa

**MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL COM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM
SAÚDE MENTAL: encontros e efeitos no território da Pampulha, em Belo
Horizonte – MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Alzira Oliveira Jorge.

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Claudia Maria Filgueiras Penido.

Linha de Pesquisa: Organização dos serviços de saúde e suas relações com a violência.

Belo Horizonte

2022

S725m Sousa, Carolina de Sena.
Matriciamento em Saúde Mental com um Centro de Referência em Saúde Mental [manuscrito]: encontros e efeitos no território da Pampulha, em Belo Horizonte - MG. / Carolina de Sena Sousa. -- Belo Horizonte: 2022. 139 f.: il.
Orientador(a): Alzira Oliveira Jorge.
Coorientador(a): Cláudia Maria Filgueiras Penido.
Área de concentração: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde Mental. 3. Serviços de Saúde Mental. 4. Equipe de Assistência ao Paciente. 5. Educação Continuada. 6. Integralidade em Saúde. 7. Continuidade da Assistência ao Paciente. 8. Sistema Único de Saúde/organização & administração. 9. Dissertação Acadêmica. I. Jorge, Alzira Oliveira. II. Penido, Cláudia Maria Filgueiras. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WA 30 DB8



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA - CENTRO DE PÓS GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP

ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA/CAROLINA DE SENA SOUSA

Realizou-se, no dia 22 de dezembro de 2021, às 14:00 horas, online, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *Matriciamento em Saúde Mental com Centro de Referência em Saúde Mental: encontros e efeitos no território da Pampulha em Belo Horizonte*, apresentada por CAROLINA DE SENA SOUSA, número de registro 2019717802, graduada no curso de PSICOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Alzira de Oliveira Jorge O - Orientadora (UFMG), Prof(a). Claudia Maria Filgueiras Penido - Coorientadora (UFMG), Prof(a). Kênia Lara Silva (UFMG), Prof(a). Renato Ferreira Franco (PBH).

A Comissão considerou a dissertação:

(x) Aprovada

() Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada eletronicamente por mim e pelos membros da Comissão.
Belo Horizonte, 22 de dezembro de 2021.

Prof(a). Alzira de Oliveira Jorge - Orientadora (Doutora)

Prof(a). Claudia Maria Filgueiras Penido - Coorientadora (Doutora)

Prof(a). Kênia Lara Silva (Doutora)

Prof(a). Renato Ferreira Franco (Doutor)



Documento assinado eletronicamente por **Alzira de Oliveira Jorge, Professora do Magistério Superior**, em 03/01/2022, às 19:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Kenia Lara da Silva, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 03/01/2022, às 19:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

Documento assinado eletronicamente por **Renato Ferreira Franco, Usuário Externo**, em 04/01/2022, às 12:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de](#)



[13 de novembro de 2020.](#)



Documento assinado eletronicamente por **Claudia Maria Filgueiras Penido, Professora do Magistério Superior**, em 21/03/2022, às 16:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1147648** e o código CRC **E34B8849**.

Aos usuários e trabalhadores em constante movimento e luta por um cuidado em Saúde Mental humanizado, integrado e territorializado, e por um Sistema Único de Saúde (SUS) de qualidade.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por estar viva, por ter sobrevivido (até o momento) à pandemia da covid-19, ao vírus, ao isolamento, à máscara, às crises econômica, política, social, ambiental e a seus efeitos – ainda em parte desconhecidos.

Agradeço especialmente à minha família, minha rede de apoio e sustentação, que sempre me deu muito amor. Sem ela eu nem teria dado início ao mestrado. À minha mãe Marilda, mulher forte e sábia que, por tantas vezes, cuidou de mim e de minhas filhas, para que eu pudesse escrever este trabalho – além de me dar “vale-nights” e “vale-mestrado”. Ao meu pai Nadir, sempre prestativo e disposto a facilitar as coisas, e que desde cedo priorizou os estudos na vida dos filhos. Ao meu irmão Gustavo, que, sabendo que o caminho do mestrado não seria fácil, incentivou que eu fosse até o fim. Ao meu irmão Rodrigo, que, mesmo mais longe, esteve sempre perto, salvando-me nas minhas dificuldades com a tecnologia. Ao meu marido Enderson, por permanecer ao meu lado, mesmo em meu mais alto nível de estresse, apoiando-me em minhas escolhas. Às minhas filhas Luiza e Débora, joias raras, pelos sorrisos e abraços diários me trazendo energia. É por elas que eu insisto em buscar ser uma pessoa melhor. A todos os demais familiares pela eterna torcida, fazendo-me lembrar que existe vida além da pesquisa! E à Rosi, minha secretária, um anjo que apareceu em minha vida e que me ajuda em meu lar.

Agradeço aos colegas de mestrado que, mesmo *on-line*, me deram apoio, dividiram comigo o sofrimento de ser mestrando na UFMG, na pandemia, e que compartilharam figurinhas no grupo do “zap”, fazendo-me rir muito (para não chorar). Gratidão especial à Joelma e à Cristiana, que escutaram meus desabafos, desesperos e áudios longos, e estiveram mais próximas, tomando café com canela, somando força no mestrado e amizade para a vida.

Às eternas amigas Ana Lúcia, Flávia e Regina, pelas orações e por nutrirem em mim a verdadeira amizade. Mesmo longe fisicamente, estiveram no meu coração e no grupo “Irmãs de Alma”, me colocando para cima e acreditando que eu seria capaz de atravessar mais essa fase de percalços e conquistas!

À UFMG pela resistência em tempos difíceis e por buscar sempre a excelência em ensino, pesquisa e extensão. A todos da Prefeitura de Belo Horizonte que acreditam na pesquisa, no SUS e na Rede de Saúde Mental de BH. Aos gestores e trabalhadores que se dispuseram a participar da pesquisa, compartilhando um pouco de seu cotidiano e experiências, fornecendo informações, credibilidade e consolidando a construção coletiva desse saber. Aos meus mais próximos colegas do CERSAM Pampulha, que me deram apoio, trocaram plantões e atas, me escutaram, me abraçaram e me acolheram nos apertos e nos momentos de angústia. Aos gerentes Paulo e Vanessa por me apoiarem, não só pelo retorno da pesquisa ao serviço e à rede de Saúde Mental da Pampulha e de BH mas também pela genuína parceria nesse desafio de conciliar trabalho e pesquisa. Ao Coletivo Ampliado, que me deu a oportunidade de vivenciar a factível construção coletiva do saber na intercessão entre UFMG e Rede SUS/BH. À minha orientadora e à minha coorientadora, as meninas Alzira Jorge e Cláudia Penido, por apostarem em mim, acolhendo-me tanto nos momentos de ideias megalomaniacas quanto nos de choro e dificuldades limitantes. Como sou grata por esse “trio” ter dado certo! Obrigada pelas trocas e ensinamentos, principalmente em relação ao desafio de ser pesquisadora-trabalhadora.

Por fim, a todas as mulheres que continuam a buscar seus sonhos em meio a tantos afazeres, potências e fragilidades enquanto mulher, esposa, filha, mãe, dona de casa, estudante, trabalhadora, pesquisadora... Obrigada por existirem e resistirem!

E a todos aqueles que de alguma maneira me ajudaram nessa caminhada. MUITO OBRIGADA!

No meio do caminho tinha uma pedra.

(Carlos Drummond de Andrade)

No meio do caminho tinha uma pandemia. No meio da pandemia tinha um caminho.

(Carolina de Sena Sousa)

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica no Brasil se contrapõe aos mais tristes atos de violência feitos aos portadores de sofrimento mental. A Saúde Mental como Política Pública de Saúde tem mostrado resultados por meio de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) associados a uma rede de atenção, ainda que em constante processo de construção e necessidade de consolidação. Em Belo Horizonte, a Atenção Primária à Saúde (APS), ou Atenção Básica (AB), é a porta de entrada preferencial aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e se tornou, também, referência para os portadores de sofrimento mental. A estratégia de Matriciamento, ou Apoio Matricial em saúde mental, é uma das formas de aproximação entre a Saúde Mental e a AB, isto é, como ponte e interlocução entre ambos os lugares e saberes. O Matriciamento revela-se como uma proposta pedagógico-terapêutica que visa a ampliar as possibilidades para um cuidado integral. No presente trabalho, resgatamo-lo sob a perspectiva da gestão do cuidado e da Educação Permanente em Saúde (EPS). Em BH, o Apoio Matricial é realizado pelas Equipes de Saúde Mental (ESM) da AB junto às equipes da Saúde da Família (eSF). A regional Pampulha é a única que conta com a participação permanente do Centro de Referência em Saúde Mental Pampulha (CERSAM P) nessas reuniões. Nesse contexto, perguntamo-nos: em seis anos, como se dá o Matriciamento em Saúde Mental no âmbito do CERSAM P, e como se sustenta junto às ESM e às eSF? Quais os efeitos dessa presença para qualificar o cuidado dos usuários no território? O objetivo geral da pesquisa foi, portanto, analisar tais efeitos da participação dos profissionais do CERSAM P nas reuniões de Matriciamento em Saúde Mental para a qualificação do cuidado em Saúde Mental na APS da regional em foco. Os objetivos específicos estabelecidos consistiram em investigar o histórico de implementação e sustentação do Matriciamento em Saúde Mental na regional Pampulha, com destaque para a presença dos profissionais do CERSAM Pampulha; analisar as trocas realizadas entre os profissionais envolvidos a partir das reuniões de Matriciamento; e identificar fragilidades e potências desse arranjo para a qualificação do cuidado em Saúde Mental realizado no território da Pampulha. De antemão, é importante destacar que consideramos as interferências da pandemia da covid-19 no objeto da pesquisa e neste estudo. Para a fundamentação de nossa

investigação, aproximamos referenciais teóricos da pesquisa-intervenção e da pesquisa-interferência, propondo sua articulação em uma pesquisa intervenção-interferência, com a análise coletiva do arranjo local de Matriciamento, dos atores envolvidos e das implicações da trabalhadora-pesquisadora. Percorremos uma metodologia de observações, conversas cotidianas, diário de campo, entrevistas com gestores e grupos focais com AB, CERSAM P e Colegiado de Saúde Mental, além de cartografia e restituição como guias de análise dos processos e produtos. Os resultados mostraram o histórico de implementação e sustentação do Matriciamento e o quanto este arranjo envolve muitos atores. Apesar de alguns desencontros, o ganho na qualidade do cuidado, dentre outros pontos, explicitou-se como o conhecimento da urgência e crise em Saúde Mental, movimentos de articulação entre as estações de cuidado da rede e o projeto terapêutico compartilhado, valorizando a integralidade e a longitudinalidade do cuidado ao usuário no território. Os efeitos constatados foram diversos, tanto para a AB quanto para o CERSAM P, com destaque para a integração da rede e aproximação entre profissionais e serviços das diferentes complexidades assistenciais – com efeitos relatados a respeito da melhoria do acesso e da qualidade, no território, do cuidado em Saúde Mental em rede. Diante deste cenário, concluímos que o Matriciamento em Saúde Mental com o CERSAM P aumenta a potência do aparato já existente, enriquecendo o potencial pedagógico do SUS, fomentando a gestão compartilhada do cuidado e, principalmente, agregando mais pessoas e serviços ao permanente desafio de costurar redes.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde Mental; Apoio Matricial; Educação Permanente; Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

ABSTRACT

The Psychiatric Reform in Brazil opposes to the saddest acts of violence against people with mental suffering. As a public policy, Mental Health shows its results in services such as the Psychosocial Care Centers (CAPS), associated with a care network, even in a constant process of fight, and need for consolidation. In Belo Horizonte, the Primary Health Care (APS) – or Basic Care (AB) – is the preferred gateway to the services offered by the Unified Health System (SUS) and has become a reference for people with mental suffering. The Matrix Support in Mental Health strategy is one way to bring Mental Health and AB closer together, promoting interaction between both places and knowledges - that is a pedagogical-therapy proposal that focuses on expand the possibilities of comprehensive care. In this work, we bring back the Matrix Support to the eyes of Management of Care and Continuing Education in Health Management. In Belo Horizonte, the Matrix Support in Mental Health is carried out by the Mental Health Teams (ESM) of AB together with the Family Health (ESF). The Pampulha regional is the only one that has the permanent participation of the Pampulha Mental Health Reference Center (CERSAM P) in these meetings. In this context, we question, how have the Matrix Support in Mental Health with CERSAM P taken place in six years, and how is it sustained, together with the ESM and the ESF? Which effects of Matrix Support presence are to qualify the users in that regional? The general goal of this research is analyzing the effects of the participation of CERSAM P professionals in the meetings of Matrix Support in Mental Health for the care qualification in Mental Health in the Pampulha regional. The specific goals were to investigate the records of implementation and sustenance of the Matrix Support in Mental Health in Pampulha regional, with emphasis on the presence of CERSAM P professionals; to analyze the exchanges between the professionals involved in the meetings of Matrix Support, in order to identify the strengths and weaknesses of its arrangement for the qualification of Mental Health Care carried out in Pampulha. In our work, we considered the impacts of the Covid-19 pandemic. We brought together theoretical references from Intervention Research and Interference Research, proposing an articulation between them, with collective analysis of the local arrangement of Matrix Support, with the subjects involved, as well as with implications for its worker-researcher. We also

covered a methodology of choice, daily dialogues, fieldwork diary, interviews with managers, and focus groups with the AB, CERSAM P, and Collegiate of Mental Health. The achieved results showed the history of implementation and sustenance of this practice, as well as the extent to which this arrangement involves many agents. Despite some divergence, the gain in the quality of care – among other points – is the awareness of the urgency and crisis in Mental Health, the articulation between the network's care stations and the shared therapeutic project valuing the integrality and longitudinality of care to the user in the territory. For both AB and CERSAM P the observed effects were diverse, with emphasis on Network integration, strengthening the rapprochement between professionals and services of different care complexities, and direct improvement in the access and quality of networked mental health care. Ultimately, we consider that the Matrix Support in Mental Health with CERSAM P increases the power of the existing device, enriching the pedagogical potential of the SUS, fostering shared care management, and, mainly, adding more people to services in the permanent challenge of build networks.

Key words: Primary Health Care; Mental Health; Matrix Support; Continuing Education; Psychosocial Care Center (CAPS).

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1: Relação dos serviços de Saúde Mental do Distrito Pampulha..... | 51 |
| Tabela 2: Relação das reuniões de Matriciamentos nos Centros de Saúde do Distrito Pampulha, cronograma e equipes..... | 52 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACS – Agente Comunitário de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
BH – Belo Horizonte
CEM – Centro de Especialidades Médicas
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CERSAM – Centro de Referência em Saúde Mental
CERSAM AD P/NO – Centro de Referência em Saúde Mental Álcool e outras Drogas Pampulha/Noroeste
CERSAM N – Centro de Referência em Saúde Mental Norte
CERSAM P – Centro de Referência em Saúde Mental Pampulha
COVID-19 – Doença do Coronavírus iniciada em 2019
CS – Centro de Saúde
EPS – Educação Permanente em Saúde
eSF – Equipe de Saúde da Família
ESF – Estratégia de Saúde da Família
ESM – Equipe de Saúde Mental
GAERE P – Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação Pampulha
GEAS - Gerência de Atenção à Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NEP P – Núcleo de Educação Permanente da Pampulha
OMS – Organização Mundial da Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBH – Prefeitura de Belo Horizonte
PSF – Programa de Saúde da Família
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RTSM – Referência Técnica de Saúde Mental
RT da P – Referência Técnica da Pampulha
SMSA – BH – Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TSS – Técnico Superior de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 19 |
| 2 MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL: HISTÓRIAS, CONCEITOS E PRÁXIS | 24 |
| 2.1 A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: APOSTANDO NO DISPOSITIVO MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL..... | 24 |
| 2.2 MATRICIAMENTO SOB A ÓTICA DA GESTÃO DO CUIDADO E DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE | 27 |
| 2.3 A ENTRADA DO CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL PAMPULHA (CERSAM P) NO MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL EM BH | 37 |
| 3 A CONSTRUÇÃO DO REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO | 40 |
| 3.1 QUANDO O TRABALHADOR É PESQUISADOR..... | 40 |
| 3.2 PESQUISA-INTERVENÇÃO E PESQUISA-INTERFERÊNCIA: UM CAMINHO DE APROXIMAÇÕES | 43 |
| 4 OBJETIVOS | 50 |
| 4.1 OBJETIVO GERAL..... | 50 |
| 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 50 |
| 5 O CAMINHO METODOLÓGICO | 51 |
| 5.1 CAMPO DE PESQUISA: O TERRITÓRIO DA PAMPULHA EM BH | 51 |
| 5.2 PRODUÇÃO DOS DADOS, EXPERIÊNCIAS E ACONTECIMENTOS..... | 53 |
| 5.2.1 Observação e diário de campo | 53 |
| 5.2.2 Entrevistas..... | 54 |
| 5.2.3 Grupos focais | 55 |
| 5.3 ANÁLISE DOS DADOS: ATITUDE DE ABERTURA..... | 56 |
| 5.3.1 Análise cartográfica | 56 |
| 5.3.2 Restituições processuais..... | 57 |
| 6 PRODUÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO | 58 |
| 6.1 NO MEIO DO CAMINHO TINHA UMA PANDEMIA..... | 58 |
| 6.2 IMPLEMENTAÇÃO, PROCESSOS E FATORES DE SUSTENTAÇÃO DO MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL COM O CERSAM P | 64 |
| 6.2.1 Histórico de implementação do Matriciamento em Saúde Mental com o CERSAM P: o percurso em direção ao território da AB | 66 |
| 6.2.2 Atores e fatores de sustentação desta prática..... | 73 |
| 6.3 CERSAM PAMPULHA PRESENTE! ENCONTROS E DESENCONTROS NO TERRITÓRIO DA ATENÇÃO BÁSICA | 84 |
| 6.3.1 O processo de formação dos grupos focais..... | 86 |
| 6.3.2 Trocas, potências e desafios: encontros e desencontros no território | 91 |

| | |
|--|------------|
| 6.3.3 Efeitos para a qualidade do cuidado em saúde mental | 98 |
| 6.4 RESTITUIÇÃO E NOVAS ANÁLISES | 111 |
| 6.4.1 O encontro com o coletivo de participantes da pesquisa: reflexos do cotidiano de trabalho | 111 |
| 6.4.2 Escutando o “silêncio” sobre o Matriciamento das ESM | 112 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 120 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 125 |
| APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) | 131 |
| APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM GESTORES | 136 |
| APÊNDICE C – ROTEIRO PARA GRUPOS FOCAIS | 137 |
| ANEXO 1 – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD) | 140 |

1 INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica no Brasil, desde sua implantação, veio se contrapor aos mais tristes atos de violência contra os portadores de sofrimento mental. Por meio da saúde mental como um campo de conhecimento e de prática das Políticas Públicas de Saúde, o modo integrado e descentralizado de ofertar cuidado vem mostrando resultados em serviços substitutivos associados a uma rede de atenção, isto é, ainda que estando em constante processo de luta, construção e necessidade de consolidação (CAMPOS, 2019).

No Brasil, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)¹ foi inaugurado em 1986, em São Paulo, mas só foi regulamentado como serviço integrante da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2004). Desde sua origem, os CAPS já tinham como uma de suas ações “dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF – Programa de Saúde da Família e PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde” (BRASIL, 2004, p.13).

Inicialmente centrada nos CAPS, a rede de atenção em saúde mental foi pensada de forma associada a vários dispositivos e serviços articulados. Nesse modelo, os CAPS assumiam um papel estratégico e central na organização da rede de cuidados (BRASIL, 2004). Mas, com o passar do tempo, um movimento maior de deslocamento da centralidade dos CAPS para as equipes de Atenção Básica (AB) se destacou, sobretudo para as Equipes de Saúde da Família (eSF), que vêm assumindo um importante e estratégico papel na rede de saúde mental. Especialmente em Belo Horizonte, não só as eSF mas também a AB como um todo se configuram como a porta de entrada preferencial aos serviços oferecidos pelo SUS (MAGALHÃES JUNIOR, 2010). Em outras palavras, as eSF se tornaram referência também para os portadores

¹ Nas portarias do Ministério da Saúde, os serviços de saúde mental voltados para o tratamento intensivo ou semi-intensivo recebem o nome de CAPS (Centros de Atenção Psicossocial). Contudo, em alguns locais do país, os CAPS recebem nomes diferentes. Em vários municípios mineiros (por exemplo, Belo Horizonte) são chamados de CERSAM, ou seja, Centro de Referência em Saúde Mental. Portanto, podemos utilizar CAPS e CERSAM como termos sinônimos (SOUZA, 2006).

de sofrimento mental, os quais são nelas cadastrados e a elas vinculados para receberem a coordenação do cuidado, o que, por sua vez, consiste em um dos princípios básicos da AB (MAGALHÃES JUNIOR, 2010, p.128).

Lancetti (2006) já afirmava que é no âmbito da Saúde da Família que podemos alcançar a radicalidade da desinstitucionalização. Igualmente, Amarante (2007) relatava, desde essa época, que uma das áreas mais promissoras para reordenação da lógica assistencial proposta pela Reforma Psiquiátrica é a da saúde mental na saúde da família. E ainda hoje, apesar dos anos, conquistas e percalços, é notório que precisamos avançar. Dentro dessa perspectiva, o investimento em pesquisas, ações, programas, práticas e políticas descentralizadoras e territoriais são vias coerentes com a política do SUS e da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e buscam contribuir para o avanço e fortalecimento da saúde mental na AB.

Vale destacar que um dos princípios da política de saúde mental de Belo Horizonte é a luta pelo fim dos manicômios (TURCI, 2008) e sua base excludente, visando a uma rede de serviços com sua lógica assistencial transformada e fundamentada no resgate da cidadania, na valorização da subjetividade e na inserção da loucura na cidade (LOBOSQUE e ABOUYD, 1998). O fechamento, em março de 2020, de mais um hospital psiquiátrico em Belo Horizonte, o Hospital Galba Velloso, da rede FHEMIG, reafirma, mais uma vez, nosso compromisso com o cuidado substitutivo em liberdade. O fato nos provoca, ainda que diante de um cenário político e economicamente desfavorável ao SUS e à Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, a buscar saídas coletivas e potentes para a integração e o fortalecimento dos Centros de Referência de Saúde Mental (CERSAM), da rede e da saúde mental na AB, a fim de instrumentalizar as eSF para garantir o acesso e o cuidado de qualidade ao portador do sofrimento mental no seu território.

No persistente intuito de melhoria do cuidado, a estratégia de Matriciamento (ou Apoio Matricial em saúde mental) se apresenta como uma das diversas formas de aproximação entre saúde mental e AB. Como uma espécie de ponte e interlocução entre ambos os lugares e saberes, trata-se de

uma proposta pedagógico-terapêutica que visa a ampliar as possibilidades de um cuidado integral e da integração dialógica entre distintas especialidades e profissões (CAMPOS, 2019).

O apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável compartilha alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da Atenção Básica responsáveis pelas famílias de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de coresponsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos. (BRASIL, 2004, p. 80).

Dessa maneira, é possível considerar que o Matriciamento tem como um de seus objetivos aumentar a resolutividade da AB. Um incentivo a uma atenção mais abrangente, não necessariamente apenas para diminuir os encaminhamentos, mas para qualificar este cuidado e conduta a partir do conhecimento e acompanhamento dos casos, na busca constante de um lugar social para o portador de sofrimento mental. Desdobrando um pouco mais tal conceito ao longo deste trabalho, faremos uma leitura do Matriciamento segundo a gestão do cuidado (CAMPOS, 1998; MEHRY, 2002) e a Educação Permanente em Saúde (EPS) (CECCIM, 2005; FEUERWERKER, 2016).

O interesse em trabalhar este tema vem com a minha inserção, desde 2007, na saúde pública, na saúde mental e na AB. Especificamente sobre a iniciativa de aprofundar a aproximação do CERSAM Pampulha (CERSAM P) com os Centros de Saúde (CS), ela se dá a partir da minha participação, nos últimos seis anos, nas práticas de Matriciamento em saúde mental da Pampulha.

O Matriciamento em saúde mental em Belo Horizonte é realizado pelas Equipes de Saúde Mental (ESM) da AB, compostas por psicólogos e psiquiatras junto às eSF (PENIDO *et al.*, 2018). Nesse contexto e momento atual, a regional Pampulha é a única que conta com a participação permanente do CERSAM P no apoio às equipes locais. A prática em foco se dá junto com os vários protagonistas que sustentam sua permanência no território, tornando-a possível, necessária e relevante. Partindo de um serviço de urgência com

funcionamento de 24 h, que é parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e referência para um território denso do ponto de vista populacional, vimos a necessidade de investigar o trabalho de Matriciamento em saúde mental. Para isso, no entanto, foi necessário ultrapassar os registros particulares e pontos de vistas, considerando a diversidade desta prática nos diversos CS da Pampulha.

Assim, algumas questões principais nos provocaram: em seis anos, como se deu a participação dos trabalhadores do CERSAM P no Matriciamento em saúde mental, e como ela se sustenta junto às ESM da AB e às eSF? E quais os efeitos desta presença para qualificar o cuidado dos usuários no território, para a integração da rede, para a instrumentalização das eSF, enfim, para o avanço da Reforma Psiquiátrica em Belo Horizonte? Nessa perspectiva, o caminho será construído com base em contribuições individuais e coletivas, acionando os diversos atores envolvidos nessa trajetória, os saberes e experiências cotidianas, bem como minhas implicações como trabalhadora-pesquisadora nessa costura com os autores relacionados.

O objetivo geral desta pesquisa, portanto, consistiu em analisar os efeitos da participação dos profissionais do CERSAM P nas reuniões de Matriciamento em saúde mental para a qualificação do cuidado em saúde mental na AB da regional Pampulha, em Belo Horizonte, no contexto da Reforma Psiquiátrica.

Para alcançá-lo, foi realizada uma revisão acerca do tema Matriciamento em saúde mental, para contextualização do cenário onde as práticas acontecem, considerando as atuais interferências da pandemia da covid-19 nos processos específicos de trabalho na regional Pampulha e neste estudo. Partindo de uma aproximação dos referenciais teóricos da pesquisa-intervenção (ROCHA, 2003; PASSOS, 2015) e da pesquisa-interferência (MOEBUS, 2016; ABRAHÃO, 2016; FIGUEIREDO, 2019), propusemos o que chamamos de uma pesquisa de tipo “intervenção-interferência”, para favorecer a análise coletiva desse arranjo local, que também conta com a participação dos profissionais do CERSAM P. Quanto à metodologia, percorremos um caminho que articulou observações, diário de campo, entrevistas e grupos

focais, além de conversas cotidianas, a fim de enriquecer ainda mais as trocas. Utilizamos, igualmente, a cartografia e a restituição como guias para trabalhar com os processos e produtos desses encontros, principalmente segundo Slomp Junior *et al.* (2020) e Barros e Barros (2013).

2 MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL: HISTÓRIAS, CONCEITOS E PRÁXIS

2.1 A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: APOSTANDO NO DISPOSITIVO MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL

A aposta em dispositivos dialógicos, que fomentam a potência pedagógica do SUS e a aproximação entre a saúde mental e a AB, teve influência de alguns autores e atores da rede SUS e vem sendo trabalhada antes mesmo de ser oficializada pelo Ministério da Saúde.

Bertussi (2016) retrata que vários foram os movimentos da Saúde Coletiva na década de 1990, ancorados em autores como Merhy, Cecílio e Campos, em direção a alternativas de análise e melhoria dos processos de trabalho em saúde. Desde essa época, a ideia de apoio já dava sinais de vida como amplificadora das possibilidades de uma produção compartilhada em saúde. Assim, os atores sociais das Reformas Sanitária e Psiquiátrica Antimanicomial percorreram caminhos e compartilharam suas experiências (e ainda o fazem) sobre essa ferramenta e tecnologia relacional, como também Pasche e Passos (2010), Penido (2010), Bertussi (2016) e Baduy (2016), além de muitos outros distribuídos pelo país.

De acordo com Campos (2019), o Matriciamento como estratégia de cogestão para a organização do trabalho interprofissional teve início na década de 1990 e passou a ser implementada por iniciativa dos profissionais do SUS de Campinas, São Paulo, na área da saúde mental, embora, no decorrer dos anos, tenha ocorrido uma expansão dessa estratégia para outras áreas, como a Reabilitação Física, a Traumatologia, a Dermatologia dentre outras.

Para além das produções e registros sobre o tema, saúde mental e AB sempre estiveram juntas (apesar de existirem pontos de tensão entre elas) no dia a dia e no mundo do trabalho em Saúde, antes mesmo de proposições e documentos organizadores. E, ainda, antes dessas diretrizes de cuidado no território, as equipes dos CS já se deparavam cotidianamente com pessoas com os mais diversos problemas de saúde mental. Nesse sentido, será sempre

importante e necessária a articulação entre saúde mental e AB (BRASIL, 2004). Percorrendo um caminho condizente com o processo da Reforma Psiquiátrica e com os princípios do SUS, “assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção de saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania, num sentido mais amplo”. (BRASIL, 2004, p. 79).

Com o objetivo de discutir a inclusão da saúde mental na AB, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde promoveu alguns eventos e oficinas em 2001, 2002 e 2003 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004), e, a partir dos subsídios produzidos por essas oficinas, a Coordenação Geral de Saúde Mental, em articulação com a Coordenação de Gestão da Atenção Básica, propôs as primeiras diretrizes básicas de alcance nacional, as quais foram descritas em um documento intitulado “Saúde Mental e Atenção Básica: vínculo e diálogos necessários”, de 2004.

As três principais ações propostas no referido documento foram: Apoio Matricial de saúde mental às equipes da AB; formação profissional das equipes como estratégia prioritária para inclusão da saúde mental na AB; e a inclusão da saúde mental no Sistema de Informação da Atenção Básica (BRASIL, 2004, p. 80-83). Especificamente em relação ao Apoio Matricial da saúde mental, o documento sugere organizar as ações de forma compartilhada entre as eSF e as ESM, como na discussão de casos, em atendimentos e visitas domiciliares e na busca de práticas conjuntas. Pretende-se, com isso, evitar a psiquiatrização e medicalização de situações individuais e sociais, ou seja, difundir uma cultura antimanicomial, contra o preconceito e a segregação da loucura. Tais ações estão ligadas ao modelo de rede de cuidados, bem como às noções de território, vínculo e acolhimento.

Naquela época, de acordo com o Relatório de Gestão 2003-2006 (BRASIL, 2007a) da Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde, muitas ações de saúde mental na AB, com destaque para a estratégia de Matriciamento, já vinham sendo desenvolvidas em diversos municípios, com

menos ou mais de 20 mil habitantes, com ações sistemáticas ou menor regularidade e acontecendo a partir dos CAPS ou não.

A Política Nacional de Humanização (PNH), criada no mesmo período, em 2003, como grande potencializadora do SUS, desenvolveu-se com o objetivo qualificar as práticas de gestão e de atenção à Saúde. Não pretendemos aqui detalhar a PNH, mas torna-se imprescindível esclarecer que a prática de Matriciamento é um de seus dispositivos e que aborda gestão, cuidado e formação de maneira indissociável. Assim, o Matriciamento como dispositivo da PNH traz para a cena o sentido do “apoiar”:

Apoiar equipes é intervir com elas em processos de trabalho, não transmitindo supostos saberes prontos, mas em uma relação de solidariedade e cumplicidade com os agentes da prática. Apoiar é produzir analisadores sociais e modos de lidar com a emergência de situações problemáticas das equipes para sair da culpa e da impotência frente à complexidade dos desafios do cotidiano da saúde. Apoiar é construir rodas para o exercício da análise, cujo efeito primeiro é a ampliação da grupalidade entre aqueles que estão em situação de trabalho. (BRASIL, 2010, p. 9).

Porém, o Apoio Matricial foi institucionalizado como ferramenta de trabalho na Saúde da Família somente em 2008, por meio da Portaria 154, que criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Em seu Art. 1º, ela indica que o NASF tem

[...] o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações de atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. (BRASIL, 2008, *on-line*).

Tal portaria veio, portanto, impulsionar e regulamentar o que já se praticava em alguns municípios, inclusive o de Belo Horizonte, a saber, o Matriciamento ou Apoio Matricial em saúde mental (BELO HORIZONTE, 2012).

Este dispositivo se expandiu por todo o Brasil. Em 2011, o Ministério da Saúde elaborou um “Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental”, que retoma o conceito de Matriciamento como um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (CHIAVERINI *et al.*, 2011), além de muitas outras reflexões e modos de fazer relacionados ao dispositivo. Trata-se de um documento técnico, um compilado didático do que

já estava apresentado em produções acadêmicas, para trabalhadores e serviços.

Não obstante as orientações por parte do Ministério da Saúde e de documentos orientadores sobre a *política* de Matriciamento em saúde mental, percebemos, na literatura, bem como em eventos, experiências e conversas que há uma diversidade de *práticas* de Matriciamento em saúde mental concretizada de diferentes maneiras em diferentes estados, cidades, regionais, CS ou mesmo entre equipes de um mesmo serviço. Essa apreensão nos convidou a uma atitude de abertura e, ao mesmo tempo, de percepção da singularidade dos encontros no território que nos propusemos a conhecer-transformar-interferir.

Considerando, então, as especificidades do contexto a ser investigado, devido à autonomia de cada município, é preciso mencionar que o NASF em Belo Horizonte foi implantado de maneira peculiar, com foco em reabilitação. Apesar de também trabalharem com a metodologia matricial, suas equipes multidisciplinares (compostas, em geral, por fonoaudiólogos, educadores físicos, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos), deixaram a prática de Matriciamento em saúde mental a cargo das ESM dos CS².

Diante desse cenário, torna-se necessário destacar que a presente proposta de revisão e pesquisa não aprofundou o apoio exercido pelo NASF, e, sim, teve como foco o Matriciamento em saúde mental pelas ESM, considerando as peculiaridades de Belo Horizonte e o diferencial da regional Pampulha, que conta com o CERSAM P como parte desse Matriciamento.

2.2 MATRICIAMENTO SOB A ÓTICA DA GESTÃO DO CUIDADO E DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Oferecer cuidado de qualidade aos usuários com problemas de saúde mental constitui um dos grandes desafios para os Sistemas de Saúde em todo o mundo. As taxas de mortalidade são duas a três vezes maiores em

² Essa duplicidade de Apoio Matricial não será aqui detalhada, mas pode ser evidenciada em Penido *et al.* (2018), no artigo “Saúde Mental na Atenção Básica: somar ou dividir apoios?”.

relação à população geral, e a expectativa de vida é reduzida entre dez e trinta anos, fatos que levaram a Organização Mundial da Saúde (OMS) a defender a superação dessas disparidades como um dos desafios do milênio (CAMPOS, 2019).

Entre os fatores contribuintes para o estabelecimento desse cenário, destacam-se a baixa integração das redes de saúde e a falta de profissionais preparados para providenciar cuidados adequados em saúde mental na Atenção Primária (CAMPOS, 2019). Na busca de suprir ou, pelo menos, diminuir essas disparidades, o Matriciamento em saúde mental vem como uma estratégia que aposta, de maneira geral, na melhoria da qualidade do cuidado a esse público.

Ampliando a compreensão do que vem a ser essa estratégia, abrimos a oportunidade de discutir o Matriciamento aos olhos da gestão do cuidado e da EPS.

Em seu artigo “Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS)”, Campos (1997) aborda os conceitos de *campo* e *núcleo de competência*, os quais ajudam a entender o Matriciamento como potencializador da AB e em contracorrente à tendência ao especialismo crescente, o que permite espaço para a entrada do Matriciamento de saúde mental. O Matriciamento é a ponte que leva a especialidade até à Atenção Primária, de forma a fazer circular os saberes e estimular a corresponsabilização, para maior resolutividade.

Podemos citar um exemplo. Se no município não tem oftalmologista, o clínico da eSF vai atender dentro de suas possibilidades, mas vai avaliar e assistir aquele paciente de alguma forma. Caso apareça algum oftalmologista no município, no centro de especialidades, será gerada uma demanda, antes mínima ou inexistente, para este especialista, fazendo com que o “clínico geral” não atenda mais como antes e apenas faça encaminhamentos automáticos, sem a devida avaliação e tentativa de resolução na Atenção Primária. O mesmo acontece com a rede de saúde mental: com o surgimento dos CAPS e de outros serviços especializados nos municípios, pôde-se observar um

movimento também de encaminhamentos, antes mínimo ou inexistente, já que não havia local específico, senão para os hospitais psiquiátricos. Nesse contexto, então, o Matriciamento vem resgatar esta resolutividade na Atenção Primária, este retorno ou incentivo a uma atenção mais abrangente, mais integral e territorial, tornando os encaminhamentos mais eficazes quando necessários. Nesse caso, é possível pensar o Matriciamento como uma alternativa para este velho e atual problema sanitário.

O método de Gestão Colegiada ou Cogestão (ou ainda, Gestão Democrática e Gestão Colegiada centrada em Equipes de Saúde) (CAMPOS, 1998) é uma estratégia de gestão do cuidado para além da gestão do trabalho. Ela se baseia em tecnologia instrumental e relacional, e não impõe um jeito certo de gerir, mas visa problematizar as diferentes dimensões:

[...] assegurar o cumprimento do objetivo primário de cada organização – produzir saúde, educar, etc.; e por outro, ao mesmo tempo, permitir e estimular os trabalhadores a ampliar sua capacidade de reflexão, de cogestão e, em decorrência, de realização profissional e pessoal. (CAMPOS, 1998, p. 865).

Por ser trabalhadora do CERSAM P e membro do Colegiado de Saúde Mental da Pampulha, observando e interagindo com a rede de saúde mental de BH em diversos outros espaços, institucionais ou não, observo que o Matriciamento, como parte das ações dos CERSAM, ainda precisa ganhar espaço e prioridade como estratégia da gestão, tanto no âmbito central quanto no regional, uma vez que, apesar da literatura e de diversos discursos apontarem tal método como relevante e necessário, ainda carece de avanço, isto é, considerando toda a cidade de Belo Horizonte.

Na função de apoiadora matricial às eSF pelo CERSAM P, a partir da experiência e da prática com o Matriciamento, é possível ousar dizer, correndo o risco de precipitação, que, mesmo em constante construção e aperfeiçoamento, as três vantagens citadas por Campos em 1998 podem ser observadas hoje, as quais sejam: (1) melhoria no grau de envolvimento e de compromisso das Equipes com a instituição como um todo, e, particularmente, com os projetos que elas foram ajudando a inventar; (2) criação de um sistema informal de Educação Permanente com a multiplicação dos espaços de trocas

de informação, de intercâmbio de saberes e discussão de problemas; e (3) melhoria da relação Equipes de Saúde, usuários e familiares destes a partir de sistemas de referência com responsabilização e cuidados mais bem definidos.

De 1998 até o momento, Gastão e outros autores vêm construindo e problematizando esse conceito-ferramenta que é o Apoio Matricial. De acordo com a revisão de Penido (2010), a principal reformulação em 1999 é a mudança do termo "Supervisão Matricial" – visto como episódico – para "Apoio Matricial e Equipe de Referência", um arranjo organizacional para o trabalho em saúde, mais estruturado e continuado, potencializador da produção de grupos interdisciplinares e cuidados compartilhados.

Campos e Domitti (2007) reforçam a ideia de criação de espaços coletivos protegidos, onde o Apoio Matricial objetiva oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico, sendo, ao mesmo tempo, arranjo organizacional e metodologia de trabalho. Esse modo de gestão do trabalho em Saúde pressupõe um mínimo de transformação na organização dos serviços e Sistemas de Saúde, para que de fato deem conta de uma Clínica Ampliada e Compartilhada³, pois depende da existência de espaços coletivos com algum grau de cogestão. No mesmo artigo, os referidos autores já sinalizam que essa prática não é simples, apontando alguns desafios enfrentados para que ela seja implementada, como obstáculos estruturais (de organização), subjetivos (dificuldades relacionais de se trabalhar no modo compartilhado), éticos (responsabilidade sanitária e privacidade dos sujeitos e grupos comunitários), epistemológicos (hegemonia biomédica e especialista), além do excesso de demandas, carência de recursos e fragilidades na legislação do SUS.

Campos *et al.* (2014) apresenta o método Paideia, referindo-se à cogestão da instituição e do cuidado, no âmbito da qual trabalha os eixos Apoio

³ Clínica Ampliada e Compartilhada: baseia-se na escuta e reconhece o saber, o desejo e o interesse das pessoas, questionando-as sobre os sentidos daquilo que estão vivendo. É uma prática menos prescritiva e mais negociada; pressupõe a existência de espaços coletivos, nos quais os profissionais, em equipe, possam exercer sua capacidade de analisar e intervir em conjunto, refletindo sobre os efeitos de suas práticas, sobre o que se passa na relação entre a equipe e entre a equipe e os usuários, e deliberando coletivamente sobre isso (CAMPOS *et al.*, 2014).

Institucional, Apoio Matricial e Clínica Ampliada e Compartilhada. É interessante perceber que, a partir desse artigo, Gastão incorpora ao conceito de Apoio Matricial a noção de diálogo e interação, e não somente entre especialidades e profissões mas também entre redes. Assim, o método Paideia (ou Roda) propõe uma análise e cogestão dos coletivos, de forma a incentivar os atores a gerirem seus próprios processos de trabalho a partir dos espaços coletivos, ampliando a capacidade dos profissionais de tomarem decisões e intervirem no cotidiano do trabalho em Saúde, em uma gestão participativa e em rede.

Por sua vez, Merhy (2002) nos mostra perspectivas e contribuições acerca do trabalho em Saúde, que, de certa forma, dialogam com a noção de gestão do cuidado e se sintonizam com o trabalho de Matriciamento como aposta em torno de uma reestruturação produtiva no setor. Reconhece, ainda, a necessidade de uma construção teórica que dê conta da singularidade dos processos produtivos do deste (MERHY, 2007).

Merhy (2007) afirma o papel transformador do trabalho vivo em ato na Saúde. Discute, também, a reestruturação produtiva no desenvolvimento do cuidado que acontece pela via do encontro, de processos que só são realizados na ação entre os sujeitos que se encontram. Por isso, esses processos são regidos por tecnologias leves que permitem produzir relações, expressando como seus produtos, por exemplo, a construção ou não de acolhimentos, vínculos e responsabilizações, jogos transferenciais, dentre outros (MERHY, 2007). Assim, as construções por meio do Matriciamento só são possíveis no ato do encontro, e os frutos produzidos contêm parte de todos os profissionais envolvidos.

O ato de cuidar, conforme colocado por Merhy (2007), é a alma dos serviços de Saúde. A dimensão cuidadora da produção em Saúde está em todos os núcleos de competências profissionais na construção dos modelos de atenção, o que favorece a troca de saberes e a transdisciplinaridade:

[...] vemos que o núcleo cuidador é o que deverá se impor, o que favorecerá inclusive a diminuição das relações de dominação que se estabelecem entre os vários profissionais, como representantes de certos interesses e modos de operá-los no interior dos modelos de

atenção. E, mais ainda, pode-se abrir a partir deste núcleo em comum, o cuidador, um espaço semelhante e equivalente de trabalho na equipe, que explore a cooperação entre os diferentes saberes e o partilhamento (*sic*) decisório. (MERHY, 2007, p. 129).

E podemos dizer que é nesse espaço que o “matriciador” ou apoiador matricial vem mediar e potencializar as trocas de saberes, experiências e o próprio processo de trabalho. Trata-se de ser um facilitador desta transformação cujo foco é o cuidado integral ao usuário com compartilhamentos diversos, e não uma disputa de campos de poderes e de saberes que esvaziam discussões acerca de uma assistência de qualidade – o que muitas vezes pode acontecer. Assim,

[...] todo profissional de saúde, independente do papel que desempenha, como produtor de atos de saúde é sempre um operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente, e como tal deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos; e, ao ser identificado como o responsável pelo “projeto terapêutico”, estará sempre sendo um operador do cuidado, ao mesmo tempo que um administrador das relações com os vários núcleos de saberes profissionais que atuam nesta intervenção, ocupando um papel de mediador na gestão dos processos multiprofissionais e disciplinares que permitem agir em saúde, diante do “caso” concreto apresentado, o que nos obriga a pensá-lo como um agente institucional que tenha que ter poder burocrático e administrativo na organização. (MERHY, 2007, p. 129-130).

Dessa maneira, o ato de cuidar pode ser realizado por qualquer profissional, que, estando em constante processo de trocas, percebe que a saúde mental pode, também, ser pensada como “básica”, e não somente como uma “especialidade”. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em Saúde, como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais, vem salientar o lugar da micropolítica enquanto espaço de liberdade para agir e propor ações em Saúde.

Mas não é tarefa fácil nem está dada. Ao admitir que todos governam e que o trabalho em Saúde acontece em um tipo de encontro em que as partes se influenciam mutuamente, é fundamental o reconhecimento da legitimidade dos saberes, valores e desejos que movimentam os diferentes tipos de trabalhadores (MERHY *et al.*, 2019), principalmente em se tratando de uma reunião de Matriciamento. Mas, por mais que haja evidências de um

trabalho *a priori* e cheio de expectativas, há um caráter de imprevisibilidade no trabalho em saúde que exige abertura para uma escuta investida e uma construção compartilhada (MERHY *et al.*, 2019), já que os autores mostram que, entre várias disputas, conflitos e confrontos, há um ponto comum que é a definição ou o reconhecimento da legitimidade do que é apresentado como problema, do que é reconhecido como sofrimento. Não é surpresa, então, que existam diferentes práticas de Matriciamento nos vários CS, mesmo com todas as reuniões acontecendo no mesmo território e orientadas pelo mesmo ideal e gestão.

Nessa direção, Merhy (2007) abre possibilidades sobre a gestão do cuidado e do cotidiano em Saúde para os processos de mudança que permitem instituir novos arranjos no modo de fabricar saúde. Tais processos configuram novas oportunidades de ação e novos sujeitos coletivos, fundamentais para modificar o sentido das ações de Saúde em direção ao campo de necessidade dos usuários finais – no caso, os portadores de sofrimento mental no território.

De outro ponto da rede, o esforço de não nos deixarmos consumir pela instituição “especializada” ou “de urgência” CERSAM e por todas as demandas internas do fazer automatizado do trabalho cotidiano, que nos puxam para dentro, é, notadamente, materializado nesse novo arranjo e movimento de sair para fora (com o perdão do pleonasma!). Ou seja, o Matriciamento nos convida a integrar os diversos lugares e campos do fazer e saber em Saúde na AB junto das eSF e ESM no território, em um constante movimento de ir e vir. Assim, acreditamos disparar processos instauradores de reflexão crítica, que dão oportunidade de construções múltiplas e inesperadas a partir desses encontros entre os trabalhadores envolvidos no cuidado.

Por sua vez, sobre o tema da EPS, Ceccim (2005) reflete sobre a descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na Saúde. O autor trata de uma das mais importantes metas formuladas pela Saúde Coletiva no Brasil: tornar a Rede Pública de Saúde uma rede de ensino-aprendizagem mediante dispositivos de EPS, estratégia fundamental às transformações do

trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, propositiva, compromissada e tecnicamente competente:

Diferente da noção programática de implementação de práticas previamente selecionadas e com um currículo dirigido ao treinamento de habilidades, a política de educação permanente em saúde congrega, articula e coloca em roda/em rede diferentes atores, destinando a todos um lugar de protagonismo na condução de sistemas locais de saúde. (CECCIM, 2005, p. 977).

Talvez seja este o espaço encontrado pelo Matriciamento em saúde mental para germinar e se estender de forma descentralizada. No entanto, para que isso se concretize, o investimento político nacional, estadual e municipal é muito importante, e igualmente o é a atuação em nível micropolítico de gestores locais, que devem se envolver com sensibilidade e foco, visando a que as ações de EPS aconteçam na perspectiva coletiva de encontros matriciais.

Ceccim e Feuerwerker (2004) articulam *educação, gestão, assistência e controle social* como elementos analisadores e fatores consideráveis ao se tratar de EPS, os quais constituem o que os autores chamam de *quadrilátero da formação*. Sob este olhar, o Matriciamento se apresenta como um importante dispositivo de EPS e um espaço de gestão do cuidado. Na prática de Matriciamento, podemos observar a força pedagógica, um espaço de educação e um ponto de reflexão crítica desenvolvidos nos encontros de forma a incentivar a produção de conhecimento mediado pelos serviços. Por meio da prática, podemos constatar o quanto se cria um espaço de gestão ao ser favorecida a discussão sobre os diferentes problemas da rede e de processos de trabalho e, conseqüentemente, a formulação de propostas interventivas de forma conjunta. Da mesma forma, observamos o quanto é notória sua repercussão na assistência, uma vez que o Matriciamento visa ao fortalecimento das práticas, bem como à interlocução e à busca por uma maior resolutividade, qualificando, assim, o cuidado e o acesso. Por fim, testemunhamos, na prática, o quanto a participação é possível ao colocar as necessidades dos usuários no centro, de forma a criar estratégias de ação usuário-centradas, de acordo com as demandas sociais e também com os diversos olhares multiprofissionais.

Esse quadrilátero é inspirador para nossa prática, mas configura-se como um grande desafio para a realidade de BH, sobretudo em se tratando do Matriciamento em saúde mental com presença do CERSAM junto das ESM e eSF.

A EPS parte do pressuposto da aprendizagem significativa, isto é, aquela que promove e produz sentidos (significados). Portanto, os processos de qualificação do pessoal da Saúde devem ser estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho. Seu objetivo deve ser a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

Em “Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário”, Ceccim (2005) dá continuidade ao seu raciocínio de forma clara e próxima da realidade trabalhada. Ao situar a conjuntura atual e suas dificuldades, o autor justifica a real demanda de ambiciosas iniciativas de transformação dos trabalhadores:

Assim, ao constituirmos equipes multiprofissionais, coletivos de trabalho, lógicas apoiadoras e de fortalecimento e consistência de práticas uns dos outros nessa equipe, orientadas pela sempre maior resolutividade dos problemas de saúde das populações locais ou referidas ou colocamos em risco a qualidade de nosso trabalho, porque sempre seremos poucos, sempre estaremos desatualizados, nunca dominaremos tudo o que se requer em situações complexas de necessidades em/direito à saúde. (CECCIM, 2005, p. 163).

Por derivação, esta afirmativa também faz pensar que a lógica “capscentrista” ou centrada nos chamados serviços substitutivos ou nos dispositivos de saúde mental não dá conta sozinha e que a descentralização e territorialização da assistência em saúde mental é uma necessidade.

Tradicionalmente, falamos da formação como se os trabalhadores pudessem ser administrados como um dos componentes de um espectro de recursos, como os materiais, financeiros, infraestruturas etc. e como se fosse possível apenas prescrever habilidades, comportamentos e perfis aos trabalhadores do setor para que as ações e os serviços sejam implementados com a qualidade desejada. As prescrições de trabalho, entretanto, não se traduzem em trabalho realizado/sob realização. (CECCIM, 2005, p.163).

Não é tão simples como parece. Não basta criar as políticas. Não basta a existência de protocolos. Não basta prescrever os trabalhos. Por isso, Ceccim diz ser impostergável assegurar à área da formação não mais um lugar secundário ou de retaguarda, mas central, finalístico, às políticas de saúde. A introdução desta abordagem retiraria os trabalhadores da condição de “recursos” para o estatuto de atores sociais das reformas, do trabalho, das lutas pelo direito à saúde e do ordenamento de práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e de atenção à saúde (CECCIM, 2005).

Feuerwerker aponta, com lucidez, que ótimas ideias da gestão só saem do papel quando fazem sentido para os trabalhadores. E para os usuários também. Nesse sentido, se a construção – dos Planos de Trabalho, dos Projetos Terapêuticos – não for compartilhada, não fizer sentido para todos os envolvidos, está instalada a disputa, silenciosa ou explícita (FEUERWERKER *et al.*, 2016). Na realidade, as disputas sempre existiram e existirão, mas o compartilhamento e o fazer junto distensionam as relações, abrindo vislumbres para novas análises e aprendizados inesperados.

No momento presente, consideramos que o Matriciamento em saúde mental pode ser conduzido de diversas formas. A Educação Permanente, considerando a lógica do quadrilátero previamente exposta, é um modo operante que não depende da gestão formal, mas uma prática pensada pelo trabalhador em sua condição de ator social das reformas, na dimensão da micropolítica e de forma continuada.

Ceccim (2005), inclusive, estabelece uma diferenciação entre Educação Permanente e capacitação, fazendo uma crítica a esta ao deixar claro o papel prático, participativo e contínuo da Educação Permanente – e, portanto, do Matriciamento em saúde mental:

Ao analisarmos um problema institucional, regional ou nacional de maneira contextualizada, descobrimos a complexidade de sua explicação e a necessidade de intervenções articuladas. As capacitações não se mostram eficazes para possibilitar a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas – tanto de gestão, como de atenção e de controle social – por trabalharem de maneira descontextualizada e se basearem principalmente na transmissão de conhecimentos. A Educação Permanente em Saúde pode ser orientadora das iniciativas

de desenvolvimento dos profissionais e das estratégias de transformação das práticas de saúde. (CECCIM, 2005, p. 165).

O autor discute ainda como tais práticas educativas podem ser inseridas no dia a dia do trabalho, de forma a permitir, de diversas maneiras, que a Educação Permanente aconteça:

Tomar o cotidiano como lugar aberto à revisão permanente e gerar o desconforto com os lugares “como estão/como são”, deixar o conforto com as cenas “como estavam/como eram” e abrir os serviços como lugares de produção de subjetividade, tomar as relações como produção, como lugar de problematização, como abertura para a produção e não como conformação permite praticar contundentemente a Educação Permanente em Saúde. (CECCIM, 2005, p.166).

Afetada pelos sentidos de cestão do cuidado e Educação Permanente, que aqui não se esgotam, a atual pesquisa também aderiu a esse movimento de pesquisar a nós mesmos, de pensar o nosso trabalho, de agir coletivamente, de criar encontros diferentes dos quais já estávamos acostumados, em uma dinâmica constante de incomodar-reacomodar nossa prática cotidiana de cuidado e experiências em saúde mental, a partir da qual nos propomos a produzir conhecimentos.

2.3 A ENTRADA DO CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL PAMPULHA (CERSAM P) NO MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL EM BH

As ESM na AB vêm sendo implementadas em BH desde 1985. Inicialmente, eram compostas por um psiquiatra, um psicólogo e um assistente social (OLIVEIRA, 2008), que se distribuíam em apenas alguns CS da cidade. Penido *et al.* (2018) observam que as práticas de Matriciamento em BH começaram de forma mais difundida nos anos 2000, embora indiquem a existência de algumas experiências ainda na década de 90.

Em 2010, como resultado da Conferência Municipal de Saúde Mental, todos os CS de BH passaram a ter a presença de 20 h de um psicólogo em cada serviço. A participação dos CERSAM no Matriciamento em saúde

mental não é novidade, mas sua presença sistemática e continuada é um aspecto original na experiência da regional Pampulha.

Foi a partir da abertura do CERSAM Norte, em 2015, que o CERSAM P priorizou um planejamento de ações na direção de uma aproximação do território na perspectiva de melhorar o acesso e a qualidade do cuidado por meio da estratégia de Matriciamento em saúde mental com as eSF. A reorganização da equipe do CERSAM P por microárea e a redistribuição dos técnicos de referência para os CS, bem como a reorganização das agendas, com disponibilização de quatro horas mensais para a realização deste trabalho, exigiu uma nova pactuação dos processos, o que permitiu a presença dos profissionais nos Matriciamentos a cada 30 dias. Dessa forma, cada profissional do CERSAM P passou a ser coparticipante do Matriciamento em um respectivo CS.

Como trabalhadora e participante desse processo, pude observar que a implantação e a sustentação dessa prática como parte da rotina de trabalho dos profissionais do CERSAM P envolveu o protagonismo de diversos atores, como o gerente e os trabalhadores do CERSAM P, a Referência Técnica da Pampulha (RT da P), do Colegiado de Saúde Mental do Distrito da Pampulha, os gerentes e eSF dos CS, além de uma complexidade de fatores que me inquietaram. Diante de um passo estratégico nos processos de trabalho e da percepção da relevância para o cuidado em saúde mental no território da Pampulha, esse arranjo local de Matriciamento foi ocupando os espaços. Pouco a pouco, a ausência no CERSAM P, em decorrência da presença nos CS nos dias das reuniões, começou a trazer efeitos diversos, que colocaram os serviços e o Matriciamento em análise e em pauta com frequência.

Ao ocupar o lugar de pesquisadora, a inquietação para analisar e avançar nessas percepções e sistematizações deu outro tom para essa experiência. Será que essa presença nos CS nos aproximou das eSF, da rede de serviços e dos pacientes, ou seja, do território mesmo? Estar presente nas reuniões de Matriciamento garante, por si só, a melhoria do cuidado ofertado

no território? Como estamos marcando presença? Como estamos intervindo-interferindo naquele coletivo, com aquelas pessoas, naquele momento, naquele lugar? Os encontros produzem afetamentos que podem ampliar ou diminuir a nossa capacidade de agir (BRASIL, 2015), assim como os efeitos podem ser cristalizadores ou transformadores. E tal aproximação é, sem dúvida, um dos grandes desafios dos CAPS, de maneira geral, e, em específico, dos CERSAM em BH, já que são serviços de porta aberta, referência para um território grande e populoso, e estão integrados a uma RAPS, substitutiva dos hospitais psiquiátricos. Nasceu, assim, o movimento de busca por resposta às questões anteriores e reflexão sobre as potencialidades e dificuldades desse Matriciamento com os trabalhadores do CERSAM P.

3 A CONSTRUÇÃO DO REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3.1 QUANDO O TRABALHADOR É PESQUISADOR

Não há pesquisa desinteressada e pesquisador neutro (MERHY, 2004). Partindo dessa irrefutável premissa, explico, a seguir, como a escolha da temática proposta e abordada neste trabalho me acompanha desde 2007.

Formei-me em Psicologia na UFMG em julho de 2007 e, em agosto do mesmo ano, já estava concursada, crua e cheia de energia para o trabalho. Fui para uma cidade da região metropolitana de Belo Horizonte, na qual um dos trabalhos em saúde mental a serem realizados era o “Matriciamento”. Escolhi-o entre as vagas disponíveis sem saber do que se tratava.

Um primeiro Matriciamento havia sido implantado em uma das regionais do referido município entre o fim de 2005 e o início de 2006. O objetivo principal era mudar – ou, no mínimo, impactar – a engessada lógica ambulatorial de assistência em saúde mental. O trabalho teve início logo quando cheguei, isto é, trazendo para mim uma interrogação enorme a respeito do que seria esse tal “Matriciamento”. À procura de um trabalho prescrito ou protocolo, não obtive nenhuma resposta clara. A impressão era a de que ninguém (ninguém mesmo) sabia do que se tratava realmente. Um discurso de “trata-se de uma construção” era o que mais se ouvia, e não afirmo isso pelo fato de considerar minha contribuição pessoal para o seu desenvolvimento, mas porque, literalmente, aquele trabalho estava apenas em sua fase seminal. Ao longo dos anos, fui amadurecendo junto às eSF, aos trabalhadores de saúde mental e à gestão, de forma que, mesmo sem nenhuma política definida ou consistente de Matriciamento ou saúde mental na AB naquela época e município, a prática de apoio, de articulação da rede e de uma assistência antimanicomial começou a germinar.

Esse incipiente trabalho me provocou, já na minha primeira especialização em saúde mental, para o desenvolvimento da monografia “Matriciamento em saúde mental: um convite ao banquete”, quando tive a sorte

de ter como orientador o professor, psiquiatra e pesquisador Ricardo Moebus. Foi o início do encontro entre trabalho e pesquisa. Assim, fui me interessando, experienciando, refletindo e buscando saberes acerca do Matriciamento em saúde mental e do cuidado territorializado na AB. Adiante, em 2009, fui convidada a fazer parte da equipe do CAPS daquele município, o que ampliou ainda mais minha visão sobre aquela rede.

Em 2010, fui chamada pelo concurso da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) e, novamente, pude escolher meu lugar de trabalho. Minha escolha foi pelo CERSAM P.

Como estava grávida, assumi o cargo após a licença maternidade e dei início ao trabalho em abril de 2011. Nessa época, o CERSAM P estava bastante cheio, dando assistência não só à regional Pampulha mas também à Norte. Desse modo, apesar de ser um serviço territorializado, estava sobrecarregado. Eu participava das reuniões de Matriciamento em saúde mental nos CS somente em situações específicas, quando algum caso demandava.

O trabalho no CERSAM P, de um modo geral, sempre esteve mais direcionado à urgência em saúde mental, como hospitalidade noturna, permanência-dia e ambulatório crise, incluindo os casos crônicos, e também às supervisões regionais e reuniões em serviço. No mesmo período, ainda em 2011, entrei como membro do Colegiado de Saúde Mental da Pampulha, do qual faço parte até hoje como trabalhadora do CERSAM P, interessada em refletir, discutir e construir coletivamente os processos de trabalho em rede e fortalecer a política de saúde mental da região – e da cidade de Belo Horizonte como um todo.

A partir de 2015, o CERSAM P, em busca de aproximação do território, conforme explicitado na Seção 2.3, dá início ao trabalho pactuado e sistemático de participação no Matriciamento em saúde mental na Pampulha. Após seis anos de construções, desafios, saberes e significados, mais uma vez em mim é despertado desejo de busca pelo registro, análise e compartilhamento dos efeitos deste Matriciamento com a presença do

CERSAM. Agora, por meio do mestrado, propus-me estudar novamente o próprio trabalho.

O termo “trabalhador-pesquisador” é definido, de uma maneira geral, por Penido (2020, p. 371) como “um profissional atuante cuja prática de trabalho compõe seu objeto de pesquisa”. Dialogando com Merhy (2004), nesse caso, além de sujeito interessado, sou um sujeito implicado, pois “a conformação do trabalhador como sujeito epistêmico está marcada pressupostamente pelo seu lugar como sujeito militante implicado” (Merhy, 2004, p. 26). Assim, parto do pressuposto de que sou uma trabalhadora-pesquisadora e que, por isso, de acordo com Penido (2020), torna-se indispensável a análise da minha implicação como possibilidade de explorar minha potência como tal na atividade científica, isto é, ao invés de me distanciar do objeto. Nesse sentido, segundo Merhy (2004), a incorporação do subjetivo como constitutivo da íntima relação entre sujeito e objeto deve ser operada pelos métodos de estudo para permitirem o seu tratamento como componente qualitativo fundamental, mas objetivável.

Vale, então, destacar que a escolha pelo mestrado profissional não foi aleatória. Foi intencional e direcionada. A maciça (e muitas vezes exclusiva) dedicação acadêmica não seria possível diante da dedicação concomitante ao trabalho na saúde mental – já que tenho outras atividades enquanto mãe, esposa, filha etc. Há pessoas interessadas e saberes interessantes nesse fazer cotidiano do trabalho em saúde mental no SUS. Além de que há muito conhecimento sendo produzido que merece ser formalizado e divulgado. Conseqüentemente, sinto que as funções de pesquisadora e de trabalhadora não se confundem, mas se complementam, dialogam, caminham lado a lado.

Certamente, o interesse em pesquisar e refletir sobre o mundo do trabalho, sem se distanciar dele, não é tarefa fácil. A busca pela validação de uma produção científica acerca do saber dos atores sociais (trabalhadores e gestores), principalmente a partir deles, muitas vezes não é bem aceita no mundo acadêmico tradicional, “como se fosse denunciar um caráter não científico à pesquisa que realiza” (PENIDO, 2020, p. 370). Simultaneamente,

assumir o papel de pesquisadora nessa rede é buscar reflexões que talvez não faria como trabalhadora; é assumir o compromisso ético da pesquisa, o cuidado com as relações interpessoais e a aceitação dos limites colocados. Tudo isso considerado, coloquei-me aberta e entusiasmada diante do desafio de deslocar o saber acostumado de trabalhadora de um lugar familiarizado para o não saber da pesquisadora, que busca novos olhares, novas falas, novos gestos e novos passos em um campo de múltiplas possibilidades que antes não havia percorrido.

3.2 PESQUISA-INTERVENÇÃO E PESQUISA-INTERFERÊNCIA: UM CAMINHO DE APROXIMAÇÕES

Fundamentar o modo como atravessamos o campo da pesquisa nos colocou, desde o início, face a face com a experiência de vida e de investigação das pesquisadoras-orientadoras. A construção do referencial teórico-metodológico, de um lado, acenava à perspectiva do desenvolvimento de uma pesquisa-interferência, familiar ao Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde – Medicina UFMG, e, de outro, a uma proposta de pesquisa-intervenção, metodologia usual da professora coorientadora e do Laboratório de Grupos, Instituições e Redes Sociais – FAFICH UFMG.

Com a discussão sobre as várias possibilidades metodológicas aliada ao aprofundamento teórico, identificamos que não existiam mais lados, e, sim, uma mistura de afetos, experiências e possibilidades nesta escolha. Surgiu, assim, uma primeira questão: na aplicação do método, estamos falando da mesma coisa? A sensação despertada em nós era a de que algo em comum permeava as duas opções, o que nos levou a aprofundar suas confluências e diferenças. Diante dessa provocação e considerando a importância dos diferentes olhares metodológicos, verificamos que a pesquisa-intervenção e a pesquisa-interferência, apesar de apresentarem algumas distinções, abrigavam vários pontos convergentes, o que se tornou claro no (rel)ato dos encontros entre os sujeitos pesquisadores envolvidos na

construção desse projeto, bem como nos autores referenciados da literatura investigada sobre os respectivos métodos.

Rocha *et al.* (2003) apresentam a pesquisa-intervenção como dispositivo de transformação, como consequência da relação entre sujeito e objeto, como crítica ao estatuto da verdade e como prática desnaturalizadora, “colocando em análise os efeitos das práticas do cotidiano institucional, desconstruindo territórios e facultando a criação de novas práticas” (Rocha *et al.*, 2003, p. 71). Além disso, situam, como sua base, a corrente da análise institucional socioanalítica, desenvolvida nas décadas de 60 e 70 na França e representada por Lourau, Lapassade e Hess.

Entre os aspectos centrais que vêm norteando o desenvolvimento da pesquisa-intervenção, Rocha *et al.* (2003) destacam os seguintes: mudança de parâmetros de investigação no que se refere à neutralidade e à objetividade do pesquisador – acentuando o vínculo entre gênese teórica e social –, assim como à produção concomitante do sujeito e do objeto; questionamento dos especialismos instituídos, ampliando as análises do nível psicológico ao microsocial – deslocamento estratégico do lugar que historicamente foi destinado ao psicólogo; e ênfase na análise da implicação, salientando que, para além dos vínculos afetivos, profissionais ou políticos, a análise se realiza com as instituições que atravessam o processo de formação.

Assim, segundo Rocha *et al.* (2003), a *intervenção* está associada à construção e/ou utilização de analisadores, conceitos e ferramentas formulados no percurso do institucionalismo francês, os quais funcionam como catalisadores de sentido, desnaturalizando o existente e suas condições e viabilizando a realização das análises.

Para falar sobre a pesquisa-interferência, recorreremos a Moebus (2016), que resgata o princípio de Heisenberg, conforme o qual

[...] o pesquisador não pode mais se furtar a interferir na pesquisa, mas pode fazer escolhas sobre essa interferência, considerando-a como parte do agir pesquisador e não como uma distorção, um viés a ser eliminado ou um vício a ser purgado. (MOEBUS, 2016, p. 418).

Dessa maneira, a *interferência* na pesquisa está diretamente associada à produção de campos, visibilidades e enunciados, que

indissociavelmente se interconectam, de modo que novas visibilidades produzem novos enunciados, ao mesmo tempo em que novos enunciados produzem novas visibilidades.

Figueiredo *et al.* (2019, p. 600) também apresentam a interferência como

[...] um modo ético, estético, político de produzir pesquisa, cujo plano de consistência transitório e aberto é subordinado às relações, forças, intensidades, afetos e (in)mundícies. Um lugar, um espaço de fruição na pesquisa é criado entre o movimento de pesquisar e de experimentar, de observar e de se (in)mundizar com o objeto de pesquisa.

O termo “(in)mundície” é definido por Abrahão *et al.* (2016) como a ação de o pesquisador se emaranhar, se misturar, se afetar com o processo de pesquisa e o objeto, sujando-se de mundo, tornando-se atravessado e inundado pelos encontros.

Com suas bases filosóficas na corrente da esquizoanálise, de Gilles Deleuze e Felix Guatarri, o método pesquisa-interferência apresenta as seguintes faces: “interferência, uma pesquisa que acolhe (in)mundícies; interferência, um modo de produzir pesquisadores; e interferência, um modo nômade na pesquisa em saúde” (FIGUEIREDO *et al.*, 2019, p. 599). Henz (2014) ressalta que uma interferência pode ser a produção de uma noção que não dominamos, isto é, só conhecemos parcialmente do que se trata e, ainda assim, queremos fazer e pensar com ela. Ou seja, não estamos em busca de constatações de hipóteses, mas de oportunidades de produção de algo ainda não visto, que só será possível em ato e em relação.

Percorrendo as definições na tentativa de buscar interseções entre esses modos de pesquisa, vimos que há um esforço dos autores para, de algum modo, diferenciar a “intervenção” da “interferência”. Moebus (2016) aponta que, apesar das aproximações entre pesquisa-intervenção e pesquisa-interferência, há diferenças:

Todavia, a pesquisa-interferência, ainda que tenha em comum (com a pesquisa-intervenção) muitos ou quase todos esses pressupostos da análise institucional, como a produção de analisadores, etc., **não tem o pressuposto de uma intervenção institucional. Mas a colocação em funcionamento de um ruído, que cria visibilidades**

insuspeitas, que cria possibilidades de expressão e de escuta.
(MOEBUS, 2016. p. 422, grifo nosso).

Mas não seria esta uma visão um pouco limitada (ou muito tradicional) da intervenção institucional ou da instituição, ou mesmo do que propõe a pesquisa-intervenção?

Nesse contexto, Rocha (2003) faz questão de sinalizar que o conceito de instituição não se identifica com estabelecimento, mas, sim, com um sentido dinâmico de processo constante de novos modos de existência, de configurações de práticas sociais. Assim como o conceito de implicação não é uma questão de vontade ou de consciência, mas “inclui uma análise do sistema de lugares ocupados ou que se busca ocupar, ou ainda do que lhe é designado pelo coletivo a ocupar e os riscos decorrentes do caminho em construção” (ROCHA *et al.*, 2003, p. 72), a intervenção evidencia que pesquisador e pesquisado, sujeito e objeto, são parte do mesmo processo de transformação coletiva.

Figueiredo *et al.* (2019) também faz suas diferenciações:

Entre todas as tendências metodológicas citadas, ressaltamos que é a pesquisa-intervenção o tipo de pesquisa com o qual o modo interferência mais se aproxima, uma vez que a partir dela tece algumas alianças epistemológicas de desconstrução, questionamento dos enfoques tradicionais de pesquisa e intervenção radical no campo da micropolítica [...]. **A única diferença é que a interferência aciona no campo (e não antes dele) as necessidades de utilização de quaisquer ferramentas, pois coloca na exigência da pesquisadora um estado de corpo de alerta ao que o campo pede e não o contrário.** (FIGUEIREDO, 2019, p. 599, grifo nosso).

Essa “única diferença” também traz abertura para pensarmos se realmente é assim na prática da pesquisa-intervenção, se realmente vamos prontos e preparados para o campo, já que é nele que nos dispomos a pesquisar “com”, segundo o pressuposto de “transformar para conhecer” (ROCHA *et al.*, 2003).

Como podemos constatar, muitas são as aproximações.

Vê-se, também, em Rocha *et al.* (2003, p. 67), ao discutirem o processo de formulação da pesquisa-intervenção, a ideia de interferência:

O que se coloca em questão é a construção de uma ‘atitude de pesquisa’ que irá radicalizar a ideia de interferência na relação sujeito/objeto pesquisado, considerando que esta interferência não se

constitui em uma dificuldade própria às pesquisas sociais, em uma subjetividade a ser superada ou justificada no tratamento dos dados, configurando-se antes, como condição ao próprio conhecimento.

Mesmo apresentando sutis diferenças entre si, observamos que Moebus (2016) e Figueiredo *et al.* (2019) trazem significativos pontos em comum no que diz respeito aos métodos de pesquisa em foco.

Observamos, no decorrer das leituras, que, ao descrever a experiência e o percurso da pesquisa, tais métodos parecem se aproximar. Nesse sentido, curiosamente, no dicionário Mini Aurélio, “interferência” e “intervenção” aparecem como sinônimos, isto é, como “ato de interferir ou intervir” (FERREIRA, 2010, p. 434, 436). E se ousamos um exercício de troca, os nomes “interferência” e “intervenção” nos trechos aqui reproduzidos podem, em essência, comunicar a mesma mensagem.

Passos (2015), ao defender que toda pesquisa é intervenção, tece o método com pistas e a intervenção como caminho, em uma direção ético-política de avaliação dos efeitos da experiência no processo de criação:

Tal processo se dá por uma dinâmica de propagação da força potencial que certos fragmentos da realidade trazem consigo. Propagar é ampliar a força desses germes potenciais numa desestabilização padrão. Nesse sentido, conhecer a realidade é acompanhar seu processo de constituição, o que não pode se realizar sem uma imersão no plano da experiência. Conhecer o caminho de constituição de dado objeto, equivale a caminhar com esse objeto, constituir esse próprio caminho, constituir-se no caminho. Esse é o caminho da pesquisa-intervenção. (PASSOS, 2015, p. 31).

Em sintonia, então, tanto a pesquisa-intervenção quanto a pesquisa-interferência colocam o pesquisador e a pesquisa flexíveis e abertos ao porvir do campo:

Desse modo, ressaltamos que na prática de qualquer pesquisadora da saúde, a pesquisa-interferência pode ser um movimento sísmico no modo de fazer pesquisa, que pode reverberar no cotidiano da saúde ao proliferar mundos, performar realidades, promover cuidados e encontros potentes entre pesquisadora e pesquisadas, já que nesse modo interferência a pesquisadora já não é mais neutra, os sujeitos já não são mais passivos e nem o campo é mais estático. Tudo passa a estar em movimento, em composição. (FIGUEIREDO *et al.*, 2019, p. 603).

Não obstante, pesquisa-intervenção e pesquisa-interferência não são exatamente a mesma coisa. Há que se considerar as pessoas, os autores,

os pesquisadores, os trabalhadores, as instituições, as implicações e todos aqueles que, na sabedoria desta produção, fizeram parte da história e da construção coletiva teórico-metodológica de cada uma delas. Mas, quando elas se encontram, através dos corpos pesquisadores aqui envolvidos, podem produzir algo novo. Nesse caso, o desafio não reside em diferenciar os métodos, mas aproximar os modos de estar no campo e de se (trans)formar (em) pesquisadores, buscando o fio que liga, as mãos que se entrelaçam, as redes que se conectam, a espiral que produz vida ao produzir conhecimento.

Nesse sentido, caminharemos com o desafio de assumir a posição convergente, com base nos pressupostos da análise institucional, com ênfase na análise da implicação do pesquisador in-mundo (ABRAHÃO *et al.*, 2016), do sujeito implicado (MERHY, 2004) e do pesquisador-trabalhador (PENIDO, 2020). Nosso esforço nesse sentido será jogar luz em um modo de produção coletiva do saber, com abertura para a imprevisibilidade do pesquisar “com”, no processo de caminhar junto e de se transformar durante o percurso – o que chamaremos aqui de “pesquisa-intervenção-interferência”.

Nesse contexto, a pesquisa é, portanto, de cunho qualitativo, pois busca responder questões muito particulares e com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, está circunscrita no universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis (MINAYO, 2001). Igualmente, trata-se de uma pesquisa de cunho participativo, pois pretende que o conhecimento produzido (coletivamente) esteja disponível para todos e que possa servir de instrumento para ampliar a qualidade de vida da população (ROCHA, 2003). Abrimos aqui um campo para que todos os envolvidos, em uma relação simétrica de intervenções e interferências múltiplas, possam construir e se reconstruir nessa proposta: todos têm participação ativa e viva.

Mas cabe aqui, também, uma ressalva importante: o modo fluido de pesquisar e a abertura à potência do campo com possíveis construções de caminhos antes não pensados, trazendo outras possibilidades de produção de

conhecimento anteriormente não planejados pela pesquisa, são transversais a todo percurso. Resgato aqui a ideia de “*pistas* para nos guiar no trabalho da pesquisa, sabendo que, para acompanhar processos, não podemos ter predeterminações de antemão acerca dos procedimentos metodológicos” (PASSOS, 2015, p. 13). Contudo, considerando o (pouco) tempo do mestrado e os impactos sofridos pela pandemia da covid-19, a experiência e a maturidade acadêmica da autora-pesquisadora, ainda em desenvolvimento, sugerimos um ponto de partida semiestruturado, conforme descrito no caminho metodológico (Seção 5), com utilização de roteiros de entrevistas e grupos focais como disparadores das conversas.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os efeitos da participação dos profissionais do CERSAM P nas reuniões de Matriciamento em saúde mental para a qualificação do cuidado em saúde mental na AB na regional Pampulha, em Belo Horizonte, no contexto da Reforma Psiquiátrica.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar o histórico de implementação e sustentação do Matriciamento em saúde mental na regional Pampulha, com ênfase na presença dos profissionais do CERSAM P;
- Analisar as trocas realizadas entre os profissionais do CERSAM P, da ESM, das eSF, gerentes e Referências Técnicas de Saúde Mental (RTSM) a partir das reuniões de Matriciamento;
- Identificar fragilidades/dificultadores e potências/facilitadores desse arranjo para a qualificação do cuidado em saúde mental realizado pelas eSF no território da Pampulha.

5 O CAMINHO METODOLÓGICO

Nossa pesquisa contou com a ciência da gerência do Distrito Pampulha e, igualmente, com a aprovação dos Conselhos de Ética da UFMG e da SMSA - BH, a fim de verificar e garantir os preceitos éticos internacionalmente recomendados. Devido ao momento atual, respeitando as notas técnicas emitidas no período da pandemia, também foram incluídas estratégias de investigação e coleta de dados nas pesquisas qualitativas em ambientes virtuais (SALVADOR *et al.*, 2020).

5.1 CAMPO DE PESQUISA: O TERRITÓRIO DA PAMPULHA EM BH

Com área de 51,03 km², a região da Pampulha possui 41 bairros e 16 vilas agrupados em quatro territórios. De acordo com o censo do IBGE de 2010, a população da região era de 148.370 mil habitantes e, atualmente, estima-se que seja de cerca de 350 mil. Esta população possui à sua disposição 15 escolas municipais, 16 Unidades Municipais de Educação Infantil (UMEI), 13 escolas estaduais, 14 CS, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA Pampulha), um Centro de Especialidades Médicas (CEM), dentre outros serviços (Belo Horizonte, 2020).

A presente pesquisa foi realizada no Distrito Pampulha, em Belo Horizonte, onde os 14 CS realizam a estratégia de Matriciamento em saúde mental com a participação das eSF, da ESM da AB, do CERSAM P, da RTS e dos gerentes dos CS.

Tabela 1 - Relação dos serviços de saúde mental do Distrito Pampulha

| Serviços | Quantidade | Atenção |
|--|-------------------|----------------|
| CERSAM Pampulha | 1 | Urgência |
| CERSAM AD Pampulha/Noroeste | 1 | Urgência |
| Centro de Convivência Nise da Silveira | 1 | Complementar |
| Arte da Saúde | 1 | Complementar |
| Serviços Residenciais Terapêuticos | 4 | Moradia |
| Equipe Complementar | 1 (2 pólos) | Atenção Básica |
| Equipe de Saúde Mental na Atenção Básica | 14 (5 pólos) | Atenção Básica |

Fonte: GAERE, 2021.

Vale destacar que essa não é a realidade de todos os distritos de BH, sendo o Distrito Pampulha o único em que o CERSAM P consegue apoiar e matricular todos os CS locais a partir da presença nas reuniões de Matriciamento, ou seja, oferecendo uma cobertura de 100% no território da AB, conforme se observa na Tabela 2.

Para cada CS temos um profissional (referência fixa) do CERSAM P. Diferentemente, o CS de Santa Terezinha possui dois profissionais, pois é o único que possui duas reuniões de Matriciamento. Isso explica porque, devido ao número de eSF com grande população adscrita, as equipes foram divididas para aproveitarem melhor as reuniões.

Tabela 2 - Relação das reuniões de Matriciamentos nos Centros de Saúde do Distrito Pampulha, cronograma e profissionais e equipes envolvidos

| Pólo ou Microárea | CS | Semana do mês | Dia da Semana | Profissionais do CERSAM P | Profissionais da ESM | ESF |
|-------------------|-----------------|---------------------------------|---------------|---------------------------|----------------------|-----|
| I | Trevo | 2 ^a | Quinta-feira | 1 | 2 | 4 |
| | Santa Amélia | 2 ^a | Quinta-feira | 1 | 3 | 5 |
| | Padre Maia | última | Quarta-feira | 1 | 2 | 2 |
| II | São Francisco | 1 ^a | Quarta-feira | 1 | 2 | 2 |
| | Santa Rosa | 3 ^a | Quarta-feira | 1 | 2 | 3 |
| | Dom Orione | última | Quarta-feira | 1 | 2 | 2 |
| III | Itamaraty | última | Quarta-feira | 1 | 2 | 2 |
| | Padre Tiago | 1 ^a | Quarta-feira | 1 | 2 | 3 |
| IV | Confisco | 2 ^a | Quinta-feira | 1 | 2 | 4 |
| | Serrano | 3 ^a | Quinta-feira | 1 | 2 | 3 |
| | Santa Terezinha | 1 ^a e 4 ^a | Quinta-feira | 2 | 3 | 5 |
| | São José | 3 ^a | Quarta-feira | 1 | 2 | 3 |
| V | Ouro Preto | 4 ^a | Quinta-feira | 1 | 2 | 3 |
| V | Jardim Alvorada | 2 ^a | Quarta-feira | 1 | 2 | 5 |

Fonte: GAERE, 2021.

Desde 2015, conforme detalhado na Seção 2.3, essa prática de Matriciamento com o CERSAM P vem acontecendo de forma pactuada, regular e presencial. Entretanto, diante da atual pandemia de covid-19 e das mudanças sinalizadas na Seção 6.1, que suspenderam as atividades coletivas presenciais, fez-se necessário o acesso ao campo de forma virtual, com utilização de metodologias específicas desenvolvidas no modo *on-line* (SALVADOR *et al.*, 2020).

Mesmo com a mudança de ferramenta e de formas de acesso ao campo, o esforço se deu no intuito de manter a natureza da pesquisa qualitativa na tentativa de aprofundar o mundo dos significados das ações e das relações humanas (MINAYO, 2001), que, segundo Salvador *et al.* (2020), é possível, já que a utilização da internet e dos meios eletrônicos, em nosso período de pesquisa, tem sido a interface do cotidiano das pessoas.

5.2 PRODUÇÃO DOS DADOS, EXPERIÊNCIAS E ACONTECIMENTOS

5.2.1 *Observação e diário de campo*

O estatuto de trabalhadora-pesquisadora, conforme detalhado na Seção 3.1, não coloca a pesquisadora imersa no campo, simplesmente não a retira. De outro ângulo, o modo trabalhadora já estava operante antes da pesquisa, e por lá permaneceu após sua realização. Este fato coloca a observação não apenas como um método mas também como um jeito de se comportar, isto é, participante e transversal a todo o processo da produção dos dados, dos conhecimentos.

O ato de pesquisar cartograficamente (conforme explicado na Seção 5.4) não diz respeito à coleta dados, mas à sua produção em ato (SLOMP JUNIOR *et al.*, 2020). Seguindo esse raciocínio, a trabalhadora-pesquisadora é parte desse contexto afetado, e, conseqüentemente afetada, encontra mundos que parecem dados e outros que estão por emergir, em um “entre” como espaço de investigação e interferência (SLOMP JUNIOR *et al.*, 2020).

O diário de campo, os registros do que se viu, sentiu, percebeu, viveu, se afetou, é uma ferramenta que foi utilizada pela pesquisadora dentro de uma concepção de pesquisa cartográfica para se chegar à experiência e aos acontecimentos daquele campo. “O diário de campo cartográfico, tal qual temos inventado em algumas de nossas pesquisas de orientação cartográfica na área da saúde, caracteriza-se por um registro de afetabilidades de caráter intuitivo” (SLOMP JUNIOR *et al.*, 2020, p. 17). Ele permitiu refletir sobre o vivido, e, de forma transversalizada, as percepções que emergiram foram costuradas ao encontro dos processos.

É importante explicitar que, considerando o cenário da pandemia, bem como os consequentes limites impostos a todos(as), nos momentos em que estivemos imersos no campo virtual, perdemos a interação física, como tradicionalmente experienciamos no campo presencial. Ainda assim, foi possível, como nos diz Mendes (2009), uma interação, trocas virtuais a partir da observação *on-line*. Eis mais um desafio e aprendizado.

5.2.2 Entrevistas

Para investigar a implementação do Matriciamento em saúde mental na regional Pampulha, dando destaque à presença regular dos profissionais do CERSAM P nos CS nos últimos seis anos, partimos de entrevistas semiestruturadas com os gestores envolvidos no processo de implantação desde 2015 até o presente momento.

As entrevistas semiestruturadas combinam “perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada” (MINAYO, 2014, p. 261).

Diante da impossibilidade do encontro presencial, foram utilizadas entrevistas *on-line* com conversas em tempo real (MENDES, 2009). A proposta do roteiro consta no Apêndice 2.

Realizamos um total de oito entrevistas, nos meses de julho a setembro de 2021, com os seguintes gestores: a gerência de saúde mental de

BH, a coordenadora de serviços territoriais de saúde mental de BH, a coordenadora de serviços de referência de saúde mental de BH, a diretora de Saúde do Distrito Pampulha, as RTSM da Pampulha que passaram de 2015 até o momento atual (total de três gestores) e o gerente do CERSAM P.

Todas as entrevistas ocorreram de forma virtual, por meio de *link* criado no Google Meet, o que facilitou o acesso dos gestores diante de sua disponibilidade para contribuir com nossa pesquisa. Por meio de convite por *e-mail*, enviamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE 1), esclarecendo sobre a produção e uso dos dados, bem como sobre os demais cuidados éticos a serem tomados em relação à contribuição dos participantes.

Mediante autorização destes com a assinatura do TCLE, o áudio das entrevistas foi gravado e, posteriormente, transcrito, mas sem a identificação dos nomes pessoais. Alguns trechos de falas foram reproduzidos na íntegra, na tentativa de trazer vida, diálogo e uma aproximação da experiência do campo para o leitor.

5.2.3 Grupos focais

Para analisar as trocas entre os trabalhadores envolvidos na estratégia de Matriciamento em saúde mental na Pampulha a partir das reuniões e, assim, poder identificar fragilidades e potências para a qualificação do cuidado em saúde mental no território, foram realizados grupos focais.

De acordo com Kind (2004), os grupos focais utilizam a interação grupal para produzir dados e *insights* dificilmente conseguidos fora do grupo. Os dados obtidos, portanto, levam em conta o processo do grupo, tomado como maior do que a soma de opiniões, sentimentos e pontos de vista individuais.

Com o advento da pandemia, o trabalho com grupos focais *on-line* está cada vez mais frequente e foi necessário no decorrer da pesquisa. Os grupos focais *on-line*, também chamados de grupos focais virtuais, são grupos

que têm lugar na internet, nos quais os participantes e o moderador se comunicam pelo computador (BORDINI e SPERB, 2013). Mas não se trata apenas de uma simples transposição do modo presencial para o virtual. As particularidades desta ferramenta foram devidamente consideradas em relação à viabilidade e aos objetivos propostos da pesquisa, e também com base no que propõe Oliveira *et al.* (2021) frente ao desafio de utilizá-la.

A proposta inicial foi interagir com três grupos: (1) AB (eSF e ESM); (2) CERSAM P; e (3) Colegiado de Saúde Mental da Pampulha.

O roteiro encontra-se no Apêndice 3.

Os áudios dos grupos focais também foram gravados e transcritos, igualmente com ciência e autorização dos participantes e mediante assinatura do TCLE (Apêndice 1).

5.3 ANÁLISE DOS DADOS: ATITUDE DE ABERTURA

5.3.1 *Análise cartográfica*

A análise de abordagem cartográfica mantém a sintonia com o referencial teórico-metodológico de pesquisa-intervenção-interferência que vem sendo tecido ao longo desse projeto e tem um papel importante como guia no modo de produzir conhecimentos.

A separação em itens da produção e análise dos dados é meramente didática, para fins de organização e escrita do projeto, uma vez que, na prática, a atitude de análise acompanha todo o processo da pesquisa, e não somente uma fase a ser realizada ao final (BARROS e BARROS, 2013).

Outro ponto a ser destacado é o fato de a análise não ser uma tarefa exclusiva do pesquisador. Uma vez convidados a participar da produção de conhecimento, os participantes também se tornam analistas e, assim, novas realidades podem emergir nessa experiência e no fazer juntos. (BARROS e BARROS, 2013). Isso nos coloca em posição de recuo ao caráter “dado” e nos reposiciona abertos ao por vir, ao que não está dado. Estar em movimento,

acompanhando os movimentos do campo, é o que faz deslocar o olhar da trabalhadora que já “conhece” o trabalho para a trabalhadora-pesquisadora que busca justamente o que está para além do instituído.

5.3.2 *Restituições processuais*

Considerando o pressuposto da pesquisa-intervenção-interferência e o modo qualitativo e participativo da pesquisa, a proposta da restituição para contribuição na análise dos dados é bastante enriquecedora. A partir do momento que valorizamos o protagonismo dos sujeitos envolvidos na pesquisa, estes tornam-se também pesquisadores e colaboradores, compartilhando a riqueza e a multiplicidade de suas próprias experiências e saberes arraigados no fazer cotidiano, bem como contribuindo para a análise destes.

Segundo Lourau (1993), as restituições se caracterizam como espaços para produções de novas análises, que serão introduzidas na escrita final da dissertação. Os dados produzidos nos procedimentos metodológicos serão organizados e socializados, de modo que os sujeitos participantes contribuam com a sua análise. O intuito foi fazer restituições com todos os segmentos institucionais participantes da pesquisa, assim como a orientadora, a coorientadora e a mestranda, a fim de contribuir e construir juntos as reflexões.

Assim como nos coloca Penido (2020, p. 381-2),

[...] compreendo que a escrita em Lourau (2004b) cumpre uma função de dar passagem ao coletivo e não de extrair o pesquisador da ação imediata. Não se trata de extrair, mas incluir em plano relacional. Concebido desta forma, é como se o trabalhador-pesquisador assumisse cada vez mais a ancoragem que lhe constitui e, partindo dela, convocasse um coletivo a analisar suas relações com as instituições que falam por sua boca, ou melhor, por sua caneta. Isso vale tanto para a escrita do diário quanto da dissertação ou tese, pois a proposta é que o texto do primeiro penetre e componha o das últimas. Afinal, é o entrecruzamento das implicações de toda ordem que produzem o fazer científico.

6 PRODUÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO

6.1 NO MEIO DO CAMINHO TINHA UMA PANDEMIA

Carlos Drummond de Andrade, em seu clássico poema “No meio do caminho”, de 1978, faz alusão à dificuldade que enfrentou quando seu primeiro filho morreu 30 minutos após o nascimento e o quanto esse acontecimento lhe foi marcante e trágico. De uma maneira geral, o poema diz respeito aos diversos problemas mundanos enfrentados pelo homem em sua vida. Na presente seção e, posteriormente, nas considerações finais, faço menção à pandemia da covid-19, um acontecimento mundial ainda em curso e que aqui, especificamente, tornou-se uma pedra no caminho do Matriciamento em saúde mental da Pampulha, bem como no caminho metodológico da pesquisa e na vida da pesquisadora-trabalhadora, com inúmeras consequências. Mas ultrapassando o significado do poema e transbordando seus efeitos em mim, para continuar minha caminhada foi necessário perceber e aceitar que, no meio do caminho, tinha uma pandemia. E, para seguir, tive que perceber e elaborar que, no meio da pandemia, também tinha um caminho, apesar do cansaço e dos obstáculos que se misturaram em mim. Descrevo, aqui, como parte de meu diário de campo como acompanhei, vivi e construí junto com muitos atores – com e apesar da covid-19 – os esforços para que o Matriciamento não fosse perdido nessa história e no contexto da Pampulha em Belo Horizonte, apesar dos desencontros que são inerentes a esse processo de trabalho em Saúde.

Até fevereiro de 2020, os Matriciamentos em saúde mental na Pampulha aconteciam de forma presencial. Cabe sinalizar que o período de encontros presenciais, em especial fazendo um recorte com a presença do CERSAM P, já era marcado pela diversidade de cada CS e que as dificuldades e disputas em relação à importância desse campo da saúde mental na AB já existiam. A exemplo disso, houve um ano em que as reuniões de Matriciamento foram suspensas por três meses seguidos em um determinado CS no qual sou apoiadora, devido à alta de casos de dengue naquele período e

sobrecarga de trabalho das eSF. Mesmo antes da pandemia já me perguntava qual o lugar da saúde mental na AB e, a partir disso, como atender às diversas questões epidemiológicas sem que a saúde mental fosse colocada a margem, ou seja, sem que esta fosse a primeira a ser descartada na complexidade da assistência territorial. Já eram percebidas, assim, a fragilidade e a necessidade do fortalecimento desse campo na AB e no Matriciamento. Com a instalação da pandemia na cidade, muitas medidas sanitárias tiveram que ser tomadas e, conseqüentemente, novos desafios foram colocados.

A Nota Técnica Covid-19 nº 009/2020 CIEVS/GVIGE/DPSV/GEAPS/GEURE/GERRC/GEASF/DIAS/GCINT/DMAC/SMSA/PBH de Belo Horizonte, de 20 de março de 2020, apresentou “Recomendações para adequação das atividades desenvolvidas nos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) à Saúde em situação de surtos/epidemias de Síndrome Gripal e infecção pelo SARS–COV-2” (BH, 2020, p. 1). Dentre outras recomendações, foi indicado que as

Discussões de caso e **matriciamento** deverão ocorrer apenas para casos urgentes, e quando necessárias na forma presencial, ser realizado na unidade e apenas com os profissionais diretamente envolvidos nos cuidados com o usuário ou família. (BELO HORIZONTE, 2020, p. 2, grifo nosso).

Ou seja, a partir desta data ficaram suspensas, por tempo indeterminado, as reuniões de Matriciamento nos CS, e, conseqüentemente, a participação dos trabalhadores do CERSAM P nelas.

Nesse contexto, como manter vivo o olhar para o cuidado com e acesso à saúde mental no território? Como continuar, de forma permanente, no cultivo desse espaço coletivo institucional nos CS? A saúde mental não estaria como prioridade nesse momento de pandemia? Como conciliar esses diferentes cenários epidemiológicos? Não se tratava mais de uma particularidade de um CS ou uma ação tomada por algum gerente local: a determinação era geral e institucionalizada diante de um momento atípico na Saúde e na história. Naquele momento, o que me foi possível foi me deixar à disposição enquanto apoiadora. O serviço CERSAM P continuou em apoio e interlocução por meio de telefone e encaminhamentos.

E logo vieram mais questões: Como as equipes gostariam de ser apoiadas naquele momento? Como reinventar o Apoio Matricial considerando a suspensão das reuniões e não do apoio? As eSF sinalizaram que as demandas continuaram aparecendo, mas como acolher e cuidar das demandas advindas da pandemia? Como continuar acolhendo e cuidando daqueles que já estavam em acompanhamento? A nota técnica trouxe uma direção: acolher os casos mais urgentes, mesmo no território, mas, apesar disso, o momento foi de muitas perguntas e poucas respostas. Nesse contexto, apontamos que a construção coletiva, com protagonismo dos diversos atores, poderia ser uma luz nesse túnel desconhecido.

Diante dessa conjuntura, deliberamos, na reunião do Colegiado de Saúde Mental da Pampulha, em junho de 2020, pelo retorno das atividades coletivas da saúde mental no formato *on-line*: fórum de saúde mental, reunião de microárea, supervisão clínica/institucional, Matriciamentos com a equipe complementar, reunião sobre processos de trabalho e de cuidados com os psicólogos e também os Matriciamentos em saúde mental nos CS. Essa aposta se deu após as discussões em Colegiado, a partir das quais concluímos que não poderíamos descansar da constante sustentação do espaço de saúde mental na AB. No momento da pandemia, além da luta, fomos provocados a nos reinventar.

As RTSM da Pampulha enviaram um *e-mail* para todos os gestores das Unidades Básicas da Pampulha para início dessa construção de como se dariam os encontros. A proposta específica para os Matriciamentos de saúde mental nos CS era a de continuar com frequência mensal, de acordo com cronograma de cada Unidade Básica de Saúde, com encontros entre as eSF e ESM do CERSAM P para Apoio Matricial dos casos acompanhados na AB. O objetivo desse resgate era continuar promovendo este apoio nas Unidades Básicas de Saúde com o CERSAM P, ampliar as discussões acerca do cuidado em saúde mental e fortalecer as ações de saúde mental na AB, mesmo na pandemia. A metodologia de trabalho durante esse momento de suspensão das atividades coletivas presenciais ocorreu de forma remota e virtual. Para tal,

foi utilizado o serviço de comunicação por vídeo Google Meet, assinado pela PBH. O *link* para cada reunião foi encaminhado para os *e-mails* e/ou via *WhatsApp*. Por sua vez, o gestor local do CS avaliou as necessidades de cada Unidade de Saúde para a disponibilização de recursos, estrutura e organização, viabilizando os encontros de forma remota.

Um diferencial interessante nesse “novo” Matriciamento da regional Pampulha foi que duas profissionais do CERSAM P que ficaram em situação de *home-office*, por se enquadrarem em grupo de risco diante da pandemia, participaram de todas as reuniões de Matriciamento como um arranjo inédito de trabalho da Pampulha – além dos demais técnicos do CERSAM P já referenciados dos demais CS. No contato com essas profissionais no dia-a-dia do trabalho, foi perceptível o enriquecimento do olhar para o serviço e a rede, para si e para o usuário. Durante as reuniões, elas compartilharam também as diversidades e dificuldades das práticas, manifestando uma maior valorização, de um modo geral, desse processo de trabalho – o Matriciamento de saúde mental com o CERSAM P.

Outro fato a se destacar é a participação das duas RTSM da Pampulha nas reuniões de Matriciamento como apoiadores institucionais, juntos ou em revezamento, sempre que possível, de acordo com as agendas propostas. Tal presença, no que percebo, dá o tom da institucionalidade, em que trabalhadores e gestores têm a oportunidade de se encontrar e discutir o cuidado em saúde mental ao usuário. Mas não entrarei aqui no modo como as diferentes RT se fizeram (e se fazem) presentes, embora seja outro ponto importante a se pensar, dizendo respeito à qualidade e à potência desse espaço.

Ademais, outro movimento interessante apareceu: o CERSAM AD P/NO, em modo virtual, começou a participar das reuniões de Matriciamento na Pampulha; porém, sem profissional de referência fixa ou frequência estabelecida, isto é, de um modo mais flexível e movido às necessidades dos casos, já que o fato de ainda ser um serviço referência para mais de uma regional criava um fator dificultador à cobertura integral dos CS e à sua

presença continuada. De qualquer forma, pude notar que, mesmo sem uma participação sistematizada, ampliou-se o olhar para a clínica álcool e outras drogas (AD), de modo que, na ausência da instituição, testemunhei uma profissional da eSF perguntando: “Hoje a profissional do AD não vai participar não? Queria tanto discutir um caso do fulano que está em acompanhamento lá”.

Dando sequência às ações, em julho de 2020, na reunião de gerentes do Distrito Pampulha, com a presença dos diretores e gestores regionais, as RTSM pautaram a apresentação do que chamaram de Novo Planejamento Trimestral de Saúde Mental da Pampulha. Nesse planejamento, (re)apresentaram brevemente a saúde mental e os diversos espaços coletivos de trabalho, propondo a retomada virtual a partir do mês de julho de 2020 e dando destaque aos Matriciamentos, à formalização e à repactuação das ações na AB. Assim, os Matriciamentos em saúde mental recomeçaram de forma virtual: um novo modo de fazer com limitações e potências que até então não tinham sido vividas e que será explorado nos efeitos relacionados à pandemia, na Seção 6.

Com a flexibilização das medidas de contenção do vírus na cidade, e considerando as particularidades de cada CS, as reuniões de Matriciamento se diversificaram. Em algumas unidades, elas voltaram a acontecer de forma presencial (com os devidos cuidados, uso de equipamentos de proteção e número restrito de profissionais); em outras, mantiveram-se totalmente em regime *on-line*; e em outras, ainda, optou-se pelo modo híbrido.

Após as tradicionais festas de fim de ano, observamos a intensificação dos casos e a chegada de um novo cenário mais avassalador com a saturação do Sistema de Saúde (público e privado) em todo o país. Com esse agravamento da pandemia e seus reflexos também em BH, novas medidas foram tomadas. Na atualização da Nota Técnica 007/2021 da SMSA, de 19 de março de 2021, o item 8.17 reforçou que todas reuniões e encontros entre trabalhadores, inclusive as reuniões de Matriciamento, deveriam ocorrer apenas em formato virtual. Um ponto bastante importante neste mesmo item é

que ele ressaltou que as discussões de casos entre profissionais poderiam ocorrer a qualquer tempo presencialmente e com os devidos cuidados de distanciamento e proteção. A prática de trocas sugerida já acontece no dia a dia dos trabalhadores na AB (ESM e eSF), embora, muitas vezes, seja potencializada pelas reuniões, onde se faz armar o que é o apoio.

Nesse novo cenário, em reunião do Colegiado de Saúde Mental da Pampulha, a preocupação quanto aos diversos formatos de reuniões de Matriciamento em saúde mental foi colocada em pauta para discussão. Entretanto, considerando o momento de sobrecarga das eSF, devido à pandemia, a reflexão voltou-se para o cultivo de seu espaço e a busca constante por sua institucionalidade. O esforço para discutir o “como” os Matriciamentos estão acontecendo foi canalizado para o “se” estão acontecendo, bem como para a necessidade de manter a agenda e o trabalho contínuo de cuidado em saúde e saúde mental na Atenção Primária, isto é, não de forma concorrente ao cuidado da covid-19, e, sim, transversal a todo o momento histórico que estamos vivendo com essa pandemia.

Ao mesmo tempo em que nosso esforço para manter o campo das discussões e cuidado em saúde mental na AB, assim como a manutenção das reuniões de Matriciamento, deve ser permanente, o momento também nos convocou a fazer movimentos empáticos com essas eSF, já que estão trabalhando como nunca na assistência direcionada à covid-19, e, mais recentemente, nas campanhas de vacinação.

Em março de 2021, em decorrência do saturado cenário de pandemia na cidade, a SMSA implementou de forma emergencial e temporária, em cada regional, um CS 24 h (Nota Técnica 045/2021), a fim de dar suporte às Unidades de Pronto Atendimento (UPA) (que ora estavam somente com os atendimentos para casos de síndromes respiratórias e covid-19). Na regional Pampulha, o CS Santa Terezinha, então, assumiu esse papel como Unidade de Atendimento 24h, desmembrando e dividindo suas equipes para outros CS mais próximos (Confisco, Serrano e Padre Thiago). Nessa conjuntura, é naturalmente esperado vários impactos na organização do trabalho e na

assistência, e, mais especificamente, nas reuniões de Matriciamento, as quais, dessa vez, tiveram que ser temporariamente suspensas nesse CS. Mas, como diz um colega psicólogo da ESM do CS, “Isso não será problema, Matriciamento a gente faz todos os dias”.

Em contrapartida, com o avanço da vacinação dos profissionais de Saúde, em maio de 2021, duas colegas do CERSAM P, então afastadas e em *home-office*, que participaram, de forma inédita, nas 14 reuniões matriciais mensais ocorridas na regional Pampulha, retornaram ao trabalho presencial. Assim, deixaram de participar de todas as reuniões e voltaram apenas àquela no CS que é de sua referência, mas, cabe ressaltar, com uma visão de todo do campo de Matriciamento e afetações que levarão para sempre na bagagem. Essa experiência foi por nós da pesquisa escutada e percebida nos grupos focais, em que tais profissionais puderam dar seus depoimentos.

Em setembro de 2021, abriu-se um novo espaço para discussão sobre o tema em reunião de Colegiado de Saúde Mental da Pampulha. Com o cenário epidemiológico mais controlado e a vacinação avançada na cidade, foi emitida Nota Técnica atualizada em 29 de setembro, permitindo as reuniões de Matriciamento de forma presencial – garantida as normas de proteção –, de modo que muitos CS retornaram a ela. Assim, até novembro de 2021, as reuniões ainda seguiam de diferentes maneiras nos CS: uns ainda em regime remoto e outros em presencial.

Seguimos, dessa forma, existindo, resistindo e construindo!

6.2 IMPLEMENTAÇÃO, PROCESSOS E FATORES DE SUSTENTAÇÃO DO MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL COM O CERSAM P

O movimento de territorialização proposto pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial teve início com a concepção e concretização dos CAPS I, II e III a partir da Portaria nº 336 (BRASIL, 2002), de forma regionalizada e territorializada. Mas a existência dos CAPS ou CERSAM, assim como do conjunto da rede substitutiva, como vemos em Belo Horizonte, por si só não

garante a aproximação com o território. A busca pela quantidade de serviços e qualidade da assistência não está terminada, pois é construída de forma processual, coletiva e persistente, e o empenho na compreensão e apropriação desta organicidade e desse constante vir a ser, nos faz apostar no fortalecimento das políticas antimanicomialis e no incentivo às tomadas de decisão em direção ao território, agora, para além dos muros dos CERSAM.

Sobre a presença mensal e regular do CERSAM P nas reuniões de Matriciamento em saúde mental em todos os CS da regional Pampulha, a partir de 2015 muitas perguntas (APÊNDICE 2) vieram na direção de explorar o primeiro objetivo específico da pesquisa. Como se deu o histórico da implementação e sustentação do Matriciamento em saúde mental pelo CERSAM P? Quais foram os facilitadores, as potências desta implementação? E os dificultadores e limites? Que fatores e atores estão relacionados à sustentação desta prática que acontece de forma contínua há seis anos? E, ainda, há alguma relevância desse arranjo organizacional da rede da Pampulha para a política de saúde mental de Belo Horizonte no contexto da reforma psiquiátrica antimanicomial?

Para percorrer um caminho em busca de respostas, realizamos um total de oito entrevistas (ver Seção 5.2.2) com gestores, realizadas no período de julho a setembro de 2021. São eles: a gerência de saúde mental de BH, a coordenadora de serviços territoriais de saúde mental de BH, a coordenadora de serviços de referência de saúde mental de BH, a diretora de saúde do Distrito Pampulha, as RTSM da Pampulha que passaram de 2015 até o momento (três gestores) e o gerente do CERSAM P.

Todas as entrevistas se deram de forma virtual, através de *link* criado no Google Meet, o que facilitou o acesso dos gestores diante de sua disponibilidade para contribuir com nossa pesquisa. Por meio de convite por *e-mail*, enviamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, esclarecendo sobre a produção e uso dos dados e demais cuidados éticos. Mediante autorização dos participantes, os áudios das entrevistas foram gravados e, posteriormente, transcritos, mas sem identificação dos nomes

peçoais. Alguns trechos de falas foram reproduzidos na íntegra, com o objetivo de trazer vida, diálogo e uma aproximação da experiência do campo para o leitor.

Para a análise das entrevistas, buscamos responder às questões que nos movimentaram em direção a esses atores. Pelo envolvimento e relevância do tema para todos os entrevistados, apareceram conteúdos que extrapolaram o objetivo específico, mas que deram mais profundidade à reflexão sobre o objeto estudado. Ademais, para além dessa sistematização, buscamos analisar as entrevistas com base na cartografia e na restituição, conforme descrevemos nas Seções 5.3.1 e 5.3.2, respectivamente, e, de forma transversal, realizar a análise da implicação da trabalhadora-pesquisadora imersa nesse campo.

6.2.1 Histórico de implementação do Matriciamento em saúde mental com o CERSAM P: o percurso em direção ao território da AB

O resgate histórico do início da participação regular do CERSAM P nas reuniões de Matriciamento a partir de 2015 trouxe, por meio das entrevistas, noções de processos que antecederam a implementação deste e que coincidem com a evolução do CERSAM P no contexto da Reforma Psiquiátrica belo-horizontina e do Apoio Matricial na rede SUS – BH. A tentativa agora será costurar os acontecimentos em uma linha do tempo, contemplando pontos que, de acordo com o gerente local do CERSAM P e os outros profissionais ouvidos, foram cruciais.

Uma breve consulta à literatura (OLIVEIRA, 2021) evidencia a existência de profissionais e ESM nas unidades básicas de saúde em BH desde o início da década de 80, por meio de um programa integrado de saúde mental que já fazia parte do contexto de apoio à saúde básica, mesmo que muitas vezes atuando em um modo mais isolado, sem muita articulação com a luta antimanicomial.

Em 1992, com o avanço da Reforma Psiquiátrica em BH e o enfoque antimanicomial dado pela coordenação de saúde mental da época, dá-se início à concretização da rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos por intermédio dos CAPS III – no caso de BH, dos CERSAM. O primeiro CERSAM é inaugurado em 1993, no Barreiro, e o quarto, o CERSAM Pampulha, foi inaugurado em dezembro de 1996. Este mantém-se no mesmo endereço até hoje.

“Os CERSAM constituem um dispositivo nuclear na proposta que apresentamos. Sua criação foi uma absoluta novidade para a cidade, que jamais conhecera algo parecido” (LOBOSQUE e ABOU-YD, 1998). Destinados a casos de urgência e ao acompanhamento de crises, com público diferente dos CS na época, os CERSAM surgem com uma complexidade em termos de cuidados:

A combinação entre psicoterapia, medicação, oficinas, assembleias, passeios, acolhimento às questões da família e intervenções em certas situações familiares e sociais vai propiciando a cada paciente a chance de retomar a própria vida como sua, como sujeito, como cidadão. (LOBOSQUE e ABOU-YD, 1998, p. 250).

Observamos que a literatura técnica belo-horizontina da época não sinalizava que era função também do CERSAM ofertar apoio (matricial) aos CS, até porque este só foi proposto como metodologia em 1998 e encapado como dispositivo anos depois. Naquele momento, a necessidade era a de definir sobre a função e o público de cada serviço. A partir desse marco histórico, toda uma organização e fluxos foram pensados e construídos, cotidianamente, na prática, para organizar a assistência em saúde mental e os egressos dos hospitais psiquiátricos com base na política de saúde mental do município. Para tal finalidade e busca de outros alinhamentos, ocorriam reuniões com os profissionais dos CERSAM, as ESM e a coordenação (OLIVEIRA, 2021).

Portanto, o CERSAM P, desde 1996, vinha tecendo um trabalho de organização interna de maneira a, cada vez mais, tornar-se um serviço de referência para aquele território, e um serviço de fato substitutivo aos hospitais psiquiátricos, o qual, mesmo pensado para estar ligado à rede e ao território, foi

processualmente se achegando e integrando aos dispositivos e serviços do território da Pampulha.

No território da AB, apesar de haver experiências de encontros entre as especialidades, mais marcadamente entre as ESM e os CS, o histórico do Apoio Matricial na rede SUS – BH se oficializou, de acordo com SILVA *et al.* (2012), em fevereiro de 2002, quando as primeiras eSF, partindo dos Projetos BH – Vida e Saúde Mental, deram início à discussão sobre o Apoio Matricial.

Em julho de 2003, um grupo de trabalho da Gerência de Atenção à Saúde (GEAS) reuniu-se com o objetivo de aumentar a integração entre as eSF e as ESM. Como resultado, foi elaborado um documento – que, em 2005, foi publicado no livro “Avanços e Desafios na Organização da Atenção Básica” – como base de diretrizes e princípios desta interface, entre os quais se encontravam, por exemplo, as noções de território, trabalho em equipe, responsabilização e vínculo (SILVA *et al.*, 2012, p. 36).

Considerando estes acontecimentos ao longo da história, a entrevista com o gerente atual do CERSAM (desde 2005), as conversas cotidianas com os vários trabalhadores do serviço e a consulta a documentos específicos nos ajudaram a construir uma reflexão histórica, que ousamos organizar em três períodos nessa trajetória do serviço, no sentido de fortalecer um corpo para, em seguida, andar em direção ao território:

1º período: 1996 a 2008 – “Quem acolhe fica com o caso”

Nesse primeiro momento, a assistência ofertada pelos trabalhadores do CERSAM P baseava-se na lógica clínica predominante da Psicanálise, e os pacientes que demandavam acompanhamento no serviço eram acompanhados pelos técnicos de referência, os quais, no dia de seu plantão, acolhiam, e, pela justificativa do primeiro contato e estabelecimento da transferência e manutenção do vínculo, com eles continuavam o tratamento. Nessa época, não havia nenhum indício de organização do cuidado ligado ao território dos serviços, e, sim, alinhado apenas às macrorregiões (Venda Nova, Norte e

Pampulha), entre as quais o CERSAM Pampulha era referência. Ao que parece, nesse período, o serviço vinha se estabelecendo e se firmando internamente e, ao mesmo tempo, no cenário maior da Reforma Psiquiátrica brasileira, sobretudo com a Lei 10.216/2001, que veio impulsionar e dar crédito ao funcionamento dos CAPS.

Em relação à cobertura assistencial, em 2003, é inaugurado o CERSAM Venda Nova, e o CERSAM Pampulha continua sendo referência para as regionais Norte e Pampulha. No âmbito da cidade, no período entre 2003 e 2005, o serviço passa a oferecer a hospitalidade noturna com seis leitos para toda a cidade, dividindo este trabalho com o CERSAM Leste, que também oferecia leitos. Este período foi igualmente importante no que concerne à garantia de vagas de internação para a cidade; entretanto, o marco da consolidação e *status* de rede substitutiva se deu com a criação do Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP), em 2006, o que viabilizou leitos em todos os CERSAM, com a retaguarda médica noturna na Santa Casa, totalizando, nesse início, 40 leitos.

Marcado por um olhar mais ampliado, talvez devido à experiência de médico da AB na Pampulha, o gerente entrevistado que iniciou sua gestão em 2005 no CERSAM P observou que já havia “embriões” naquela equipe que aproximavam o serviço da AB, pois os trabalhadores já participavam das reuniões de Matriciamento, inclusive psiquiatras, com presenças pontuais tanto na regional Norte como na Pampulha, movidos pela necessidade clínica ou pela discussão do Projeto Terapêutico⁴ e visando ao enriquecimento ou ao encaminhamento do caso. Entretanto, nessa ocasião, os trabalhadores do CERSAM P ainda não eram referência para os territórios, microáreas ou CS, ou seja, o mesmo profissional poderia acompanhar um paciente de qualquer região da Pampulha ou da Norte.

⁴ Entende-se por Projeto Terapêutico a direção que se pretende dar ao tratamento. O que é possível e o que é desejável obter ao longo do tratamento do paciente? (SOUZA, 2006). Na Cartilha da PNH, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é definido como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com o Apoio Matricial, se necessário. Geralmente tal projeto é voltado a situações mais complexas. No fundo, é uma variação da discussão de “caso clínico” (BRASIL, 2007b).

Assim, em 2007, com a intenção de dar um passo importante no que se refere à territorialização aliada a discussões que já vinham acontecendo no distrito e em outros espaços de gestão na Pampulha, o gerente insistiu na realização de um seminário para apresentar a organização do serviço em microáreas, para o qual foram convidados gestores e trabalhadores da regional Nordeste e Noroeste, onde já existia essa organização. Desse modo, a Pampulha assimila tal estratégia e se movimenta na aproximação do território.

2º período: 2008 a 2015 – Divisão e referência por microárea

Mesmo com a apresentação do seminário para compartilhar as experiências tidas como exitosas de organização por microáreas, os trabalhadores do CERSAM P demonstraram certa resistência ao novo arranjo, com receio de terem dificuldades no estabelecimento do vínculo, tão caro ao cuidado em saúde mental. Mesmo assim, com o apoio do distrito e convicto de ser um passo importante para o vínculo não só com o usuário mas também com o território daquele usuário, foi feita a primeira divisão de microáreas, e a equipe embarcou.

A partir de 2008, o CERSAM P, ainda dando assistência a duas regionais, passou a se organizar da seguinte maneira: regional Norte, dividida em três microáreas, e regional Pampulha, em duas microáreas. Dessa forma, a organização do cuidado passou a se conectar com uma aposta na territorialização. Por sua vez, os técnicos de nível superior (TSS) do CERSAM P foram divididos em equipes, de modo a se tornarem referências apenas para a microárea à qual então estariam vinculados, devendo agora acompanhar somente pacientes advindos daqueles CS. Esse arranjo em microáreas aproximou os campos de atuação e cuidado (CERSAM P e AB), que, de acordo com o gerente, foi condição determinante para proporcionar um “reconhecimento dos profissionais entre si para estarem presentes depois no território”, ou seja, preparou-se a entrada no campo do Matriciamento em saúde mental.

Importante destacar que, ainda nesse período, as participações nas reuniões de Matriciamento continuaram de forma esporádica, movidas pelo direcionamento do técnico de referência a partir da necessidade do caso e com respaldo da gerência local, mas agora com um diferencial: iriam apenas naqueles CS da microárea de sua referência.

Lá no território, no histórico detalhado por OLIVEIRA (2021), é oportuno elucidar que, desde a implantação do Apoio Matricial, as ESM (equipes apoiadoras) referenciavam mais de um CS e se deslocavam para realizar as reuniões com as eSF. Contudo, com a Conferência Municipal de Saúde Mental, em 2010, foi aprovado um psicólogo (TSS em saúde mental) para cada CS, os quais, a partir de janeiro de 2011, passaram a contar com o referido profissional, fixo e atuante, junto ao psiquiatra da microárea, para realizar o Matriciamento em saúde mental, agora na sua unidade de lotação.

No período em questão, observa-se que a organização da assistência e processos de trabalhos dão mais um passo em aproximação do território, mais dialogados com os princípios do SUS. Porém, ainda de forma particular e não alinhada às microáreas do território da saúde da AB como um todo, já que o serviço ainda mantinha cobertura assistencial a duas regionais.

Em 2012, diante de uma mudança territorial da cidade, a Pampulha recebe três CS da regional Noroeste, o que provoca uma redefinição de microárea no território da AB e, conseqüentemente, no CERSAM P. Os vislumbres de abertura do CERSAM Norte já davam sinais de vida e a organização do CERSAM P, de forma a buscar um total alinhamento com o território das microáreas, já configurava uma estratégia que vinha sendo cultivada em reuniões no distrito, no Colegiado de Saúde Mental Pampulha e dentro do próprio serviço.

3º período: 2015 – Implementação da presença continuada do CERSAM no Matriciamento em saúde mental da Pampulha

Quando se instituiu o CERSAM Norte, que era 50% daquilo que a gente acompanhava no CERSAM, eu achei que era importante a gente agregar valor ao cuidado aos usuários da regional Pampulha através da interlocução com a própria, as próprias equipes da Unidade Básica.

(Gerente do CERSAM Pampulha).

Em janeiro de 2015, é inaugurado o CERSAM Norte. A preocupação do gerente em dar essa largada em ato contínuo para o território foi viabilizada para que a organização do cuidado buscasse então um alinhamento das microáreas do CERSAM com as cinco microáreas da Pampulha. Foram definidas equipes de profissionais referência para uma microárea menor no que tange aos pacientes acompanhados no CERSAM: “[...] não é algo que está inominado, está identificado quem que são os responsáveis por usuários daquele CS ou daquela micro” (gerente do CERSAM Pampulha). E mais, cada profissional, a partir dessa organização, passou a ser referência fixa para apenas um CS (da sua microárea), de forma a se deslocar e participar mensalmente das reuniões de Matriciamento no seu CS.

Com esta reestruturação, não mais como um movimento a partir do caso e do técnico de referência, a participação nas reuniões de Matriciamento se tornou uma ação definida como um processo de trabalho inerente ao CERSAM, assim como fazer plantão, atender ambulatório ou acompanhar permanência-dia. Segundo o gerente, foi uma construção com muito engajamento da equipe e exigiu uma reengenharia de agendas para adequar as datas das reuniões nas unidades, que já eram preestabelecidas. O Matriciamento já sendo algo familiar à equipe, o entendimento da importância e a disponibilidade para apostar e a determinação do gerente junto com o apoio

do distrito fizeram, então, com que a estratégia fosse implementada logo no início de 2015, com registros em ata do mês de abril.

O gerente destacou ainda que tal implementação, resultante da convicção dos vários atores como uma ação realmente interessante, facilitou as pactuações e discussões no Colegiado com a RTSM e, principalmente, no Colegiado de gerentes do Distrito Pampulha, mas ressaltou que se trata de uma ponte que precisa ser constantemente estimulada, numa persistente busca de aproximação e diálogo com os gerentes dos CS.

Assim como nos diz Ceccim (2005) que a prescrição de trabalho não é trabalho realizado, a implementação desse novo arranjo não é garantia de que ele aconteça, o que justifica a percepção do referido gerente no sentido de incluir os profissionais envolvidos (em especial os gerentes dos CS, onde observamos grande potencial de interferência sobre a prática, quando “abraçam” ou não esse Matriciamento) como atores sociais desta reestruturação dos modos de produzir saúde.

6.2.2 Atores e fatores de sustentação desta prática

“Esse é o ritmo e a lógica desta regional.”

(Diretora de saúde da Pampulha)

O período de 2015 até o presente momento traz uma caminhada de praticamente seis anos de experiência após a implementação da presença do CERSAM P nas reuniões de Matriciamento. A noção do processo que antecedeu aquele ano foi destacada previamente e nos trouxe elementos interessantes de reflexão – vale lembrar que estas divisões em períodos são meramente didáticas. Não obstante, é necessário nos questionarmos: após essa implementação, o que vem sustentando tal prática?

Para início de conversa, gostaria de trazer uma primeira impressão. No contato com os gestores da Pampulha, observamos falas de quem experientia (ou experienciou) a referida realidade de uma maneira muito próxima do cotidiano de trabalho. Tanto a diretoria de saúde da Pampulha,

passando pelos três RTSM, quanto o gerente do CERSAM P falaram do assunto com bastante familiaridade, demonstrando sintonia.

Ao entrevistar os gestores de saúde mental do nível central, pudemos, assim, constatar, como já era observado, que a regional Pampulha é a única regional que vem sustentando esse arranjo específico com a presença do CERSAM nos Matriciamentos e que, mesmo cientes da importância desse movimento e da sustentação do discurso em direção ao território, até mesmo em momentos anteriores, não se trata de uma prática comum na cidade. Vários outros movimentos em direção ao território local já foram e têm sido feitos por outras regionais, mas este em pauta nos parece muito particular da Pampulha e, por isso, a relevância de ser analisado com o compromisso pelo compartilhamento dos resultados.

Afinal, o que os gestores nos dizem sobre a sustentação?

A partir de encontros e conversas com os gestores, alguns eixos importantes foram assim organizados.

1) CERSAM P

O CERSAM P, serviço da rede de saúde mental, é um dos protagonistas desta estratégia de Matriciamento em saúde mental na cidade, mesmo sendo realizada apenas neste distrito, o que representa o ponto da urgência que vai ao encontro da AB. Aqui, se destacaram dois dos **atores** de sustentação desse arranjo:

1. *O gerente do CERSAM P*: com uma postura gerencial decidida de clareza do propósito e convicção da importância da participação do CERSAM no Matriciamento em saúde mental, este ator foi determinante na organização dos trabalhadores do serviço e no incentivo à sua saída em direção ao território num movimento de integração com a rede. Apesar da influência direta, não participa das reuniões de Matriciamento.
2. *A equipe de trabalhadores do CERSAM P*: com um entendimento da importância desta prática, da função do Matriciamento e do CERSAM na

rede, esta equipe foi imprescindível para a participação dos trabalhadores nas reuniões nos CS, com esforço e empenho para organizar trocas de dias e plantões, reorganizar a agenda e se dispor ao deslocamento até o CS.

Por sua vez, os *fatores de sustentação* associados ao CERSAM P identificados por eles foram:

- agenda protegida dos trabalhadores no CERSAM P, com presença no CS uma vez ao mês;
- CERSAM P tornando-se cada vez mais uma referência para a regional Pampulha, com reconhecimento da rede;
- constantes discussões e avaliações em reuniões e oficinas no serviço sobre o tema e processos de trabalho relacionados;
- tamanho da equipe compatível com o território, na proporção de um trabalhador para um CS, o que é baseado na ideia de se constituírem referência para aquela unidade no território e ofertarem cobertura de 100% a todos os CS; e
- participação continuada e sistematizada desde a implementação.

2) RTSM da Pampulha

A RTSM, podemos dizer, é um ator destacado e ocupa um lugar estratégico de sustentação do Matriciamento, além de ter um papel de fortalecimento dos espaços e (inter)mediação em rede, por estar em contato direto com todos os atores (gestores e trabalhadores) da rede de saúde mental de BH, da Pampulha e do Distrito de Saúde Pampulha. Foi possível perceber a relevância deste ator na entrevista com os três RTSM da Pampulha que estiveram nesse lugar desde o período da implementação da participação do CERSAM nas reuniões de Matriciamento. O que chamou a atenção foi que, desde 2015 até o momento atual, apareceram fatores de sustentação com referência comum aos três gestores:

- *Matriciamento como prioridade de gestão*: o foco no Matriciamento em saúde mental e o investimento maciço em discussões, planejamento e ações nessa direção teve destaque dado o entendimento por parte da RT da importância desta estratégia, principalmente com a presença do CERSAM P. Tal direcionamento se mostrou na persistência em pautar os diversos espaços, intervir neles e envolver os diferentes níveis de gestão e assistência, como o Colegiado de Saúde Mental Pampulha, os CS e os seus gerentes, o Distrito Pampulha, o CERSAM P, dentre outros espaços e serviços.
- *Participação da RT nas reuniões de Matriciamento*: a participação continuada da RT nas reuniões de Matriciamento coincide com a do profissional do CERSAM P. A RT coloca-se como agente desta política pública na função de puxar a linha da reflexão, já que ela não operacionaliza por si só nem por protocolos. Esta presença se fez (faz) com propósito de conhecer a dinâmica e compreender o funcionamento do Matriciamento na Pampulha, conhecer as pessoas e favorecer os vínculos, recolher a produção viva a partir dos encontros, perceber as dificuldades e as diferenças de cada CS e auxiliar na pactuação, organização e manutenção da institucionalidade desse arranjo. Ademais, proporciona-se um empoderamento da RT sobre essa prática na regional, assim como reforça a importância do papel do apoiador matricial.
- *Interferência e valorização das pesquisas sobre o tema Matriciamento*: todos destacaram a importância das pesquisas sobre o Matriciamento, com ênfase nas que vêm se desenvolvendo na UFMG em parceria com a rede e com participação da regional Pampulha, a qual apareceu como uma das bases de fomento para direcionar o olhar a esta estratégia e auxiliar no fortalecimento das práticas nesse sentido.

Jogando luz nessa sintonia entre as RT (algo percebido a partir de nossa análise, uma vez que as RT não se encontraram nesse estudo e não

tiveram acesso ao conteúdo da entrevista do outro), pudemos observar uma continuidade dos propósitos e um alinhamento de gestão que visivelmente contribuiu para que os processos do Matriciamento em saúde mental na Pampulha tivessem continuidade ao longo do tempo.

Abrindo espaço para a particularidade de cada RT e o contexto de cada gestão na costura constante com a rede, algumas ações também foram sistematizadas como **fatores** que, de alguma maneira, contribuíram para uma evolução dos processos na regional Pampulha – conforme relatado pelas RT – para então chegar aos dias atuais:

1º momento: 2013 a 2016 – RT1

Não foi só arranjo de equipe, foi arranjo de concepção de cuidado, de disponibilidade, de rearranjo de um tanto de coisa, da maneira de ver o cuidado em rede, né? Assim, de se abrir pro novo, de rever alguns posicionamentos, da maneira de cuidar, né?

(RT1)

Apesar da prioridade já ser o Matriciamento com a participação do CERSAM P desde essa época, incluindo a sua implementação, nesse momento, se observam, de uma maneira geral, intervenções inicialmente mais amplas no fortalecimento dos espaços e serviços da saúde mental da Pampulha, com o fito de já costurar rede na regional e adubar o novo modo de se fazer Matriciamento em saúde mental ali. São tais intervenções:

- o fortalecimento da função de RT no distrito, que, nesse tempo, ainda não estava consolidado;
- o fortalecimento dos espaços e serviços da saúde mental: Colegiado, supervisão, fórum, reuniões de microáreas e de Matriciamento;
- os movimentos de aproximação entre os profissionais da rede de saúde mental da Pampulha – por se perceber um distanciamento entre eles;

- os movimentos de aproximação entre os serviços: CERSAM e CERSAM AD, CERSAM e ESM, Centro de Convivência e CERSAM e ESM – percebido previamente o distanciamento e desencontros entre eles;
- o surgimento da reunião de psicólogos como iniciativa dos trabalhadores, mas com participação e apoio da RT;
- a busca de mapeamento do território, na tentativa de dar visibilidade à quantidade de casos acompanhados no território e nos CERSAM; e
- as reflexões junto ao Colegiado sobre indicadores de saúde mental na AB.

2º momento: 2016 a 2020 – RT2

A gente olhou para Atenção Básica de uma forma que ainda o projeto de saúde mental em BH não tinha olhado. A forma com a qual a gente destinou tempo e investimento para territorializar as ofertas, o cuidado em saúde mental, eu ainda não tinha percebido.

(RT2)

Com o trabalho iniciado nos serviços e com os profissionais na direção de uma aproximação da rede Pampulha e no fortalecimento dos espaços, nesse período, ocorre um forte investimento teórico e prático, de tempo e de presença, no Matriciamento em saúde mental, no qual a RT2 “abraça a questão do Matriciamento” no intuito de aprofundar as intervenções e qualificar os processos de trabalho, tais como:

- a perspectiva metodológica do trabalho da RT2 baseada na análise institucional, com forte olhar para o território;
- o foco na escuta e pactuações coletivas e realização de oficinas e reflexões sobre o Matriciamento;
- o trabalho contínuo na busca da institucionalidade de gestão que garante essa presença;

- as intervenções com os gestores dos CS: campo principal de negociação com pactuação do arranjo, compreensão do dispositivo, liberação do profissional com proteção de agenda, esclarecimento sobre a importância de pensar a própria clínica e promover uma articulação entre os níveis de complexidade do SUS via Matriciamento;
- a realização de fóruns de saúde mental sobre o tema Matriciamento; e
- a busca pela qualificação da presença nas reuniões, com reflexões sobre o que vem a ser o Matriciamento e sobre a função do apoio.

3º momento: 2020 a 2021 – RT3

A integração dos facilitadores (fatores de sustentação) proporciona à gestão sustentar um espaço ampliado de saúde mental de forma integrada, até hoje, mesmo com a pandemia e demais dificultadores.

(RT3)

A percepção de processo desde a implementação fez a RT3 considerar a “Pampulha como modelo” no que diz respeito ao Matriciamento com o CERSAM; e o entendimento de que a construção e a sustentação passam pelos diversos atores e etapas apareceu como pontos de escudo, uma vez que, mesmo o Matriciamento sendo desafiado pela pandemia da covid-19, não deixou de acontecer. Assim, os fatores pela sustentação do arranjo, mesmo *on-line*, continuaram. São estes:

- a clareza do propósito do Matriciamento e da presença do CERSAM, bem como de sua importância para rede, gestores, trabalhadores e usuários;
- o acolhimento dos profissionais que chegam na rede e a apresentação da proposta de trabalho em foco como realidade local;
- a baixa rotatividade dos profissionais das eSF, ESM e do CERSAM, o que proporciona maior conhecimento do território e dos usuários;

- o trabalho com a saúde mental junto às outras demandas de saúde no distrito; e
- a mediação dos interesses envolvidos, garantindo o cuidado e as reuniões, mesmo *on-line*.

3) Centros de Saúde

Nos CS, notoriamente, o principal **ator** de sustentação do Matriciamento são seus gerentes. São eles que detêm o domínio das agendas dos profissionais das eSF e da organização geral dos serviços. Nesse contexto, os **fatores de sustentação** passam por:

- postura favorável e apoiadora dos gerentes: “sempre bom resgatar com eles, porque eles precisam ser nossos principais apoiadores nessa proposta, ou ela não vai dar certo.” (Diretora de saúde da Pampulha);
- agenda dos profissionais das eSF fechada e protegida; e
- dia e horário das reuniões já preestabelecidos e fixos.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) apareceram com destaque não só nas entrevistas com os gestores mas principalmente nos grupos focais com a AB. Entretanto, é importante esclarecer que eles não foram associados aos atores de sustentação da participação do CERSAM P especificamente, mas ao fato de serem peças importantíssimas nas reuniões de Matriciamento como profissionais sensíveis às questões de saúde mental, sedentos por conhecimento e detentores de saberes, além de sua experiência territorial, o que os tornam indispensáveis à construção coletiva a que nos propomos na Saúde. Trataremos de suas falas na Seção 6.3.3.

4) Diretoria de Saúde da Pampulha

De uma forma mais indireta, mas não menos importante, um **ator** caro no processo de sustentação do Matriciamento da Pampulha é a diretora

de saúde do Distrito Pampulha. Ficaram claros na entrevista sua ciência, entendimento e apoio com a proposta de participação do CERSAM no Matriciamento. Segundo ela, “tem um grande pacto na regional como um todo”, “é realmente uma proposta interessante e que muda uma realidade” e “uma proposta sempre colocada como muito cara”.

No que concerne aos **fatores** que facilitam e mantêm o arranjo matricial até hoje, segundo a diretora:

- o que sustenta “primeiro é o fato da estratégia dar certo, e segundo, o esforço dos atores para que ela dê certo”;
- o tratamento do assunto nos diversos espaços de Saúde de forma contínua;
- o alinhamento e a aproximação dos profissionais que se conhecem e passam a ter mais abertura para trocas de experiências; e
- as intervenções diretas feitas pela diretora com os gestores dos serviços, incentivando-os à participação no CERSAM P e nas reuniões de Matriciamento.

5) Gerência de saúde mental de Belo Horizonte (GRSAM)

O resgate histórico de implementação da prática de Matriciamento em saúde mental com o CERSAM P mostrou um movimento muito próprio da Pampulha e não explicitou como determinante na implantação do arranjo matricial a participação direta de atores da coordenação nem da gerência em saúde mental (desde 2015). Porém, foi possível perceber que há **fatores** facilitadores por parte da gestão central que, de fato, interferem e, por isso, foram considerados como fatores de sustentação para o conjunto dos gestores entrevistados. São aqueles:

- a valorização de práticas da presença do CERSAM no território, mesmo que esta proposta não tenha sido replicada em outras regionais; e
- a abertura para práticas diferenciadas nas diferentes regionais, a depender do contexto local, já que a participação dos CERSAM nas

reuniões de Matriciamento não é comum na cidade nem surgiu como uma determinação vinda da gestão central.

As entrevistas com os três gestores do nível central trouxeram um despertar para a estratégia de Matriciamento em saúde mental com o CERSAM P, desencadeando um movimento de apoio e curiosidade sobre o porvir da pesquisa e de seus resultados. Tal atitude coincide e corrobora com a não participação direta deles nessa implementação e no processo, mas, ao mesmo tempo, demonstra uma abertura e interesse em contribuir com a pesquisa e, para além desta, agregá-la às práticas da gestão na cidade, o que já vem sendo discutido em reuniões de gerentes de CERSAM e RT.

Nesse caminho, reflexões foram surgindo sobre o papel da GRSAM, e alguns fatores foram levantados pelos gestores do nível central como possíveis **ações facilitadoras** de implementação e sustentação do Matriciamento, ora apontadas como desafios para a cidade de Belo Horizonte:

- montar e coordenar os gerentes de CERSAM, de forma a incentivar sua saída para fora (mais uma vez, com o perdão do pleonasma!), para o território, resgatando a vocação desses espaços e de sua importância na rede, assim como também sua função de Apoio Matricial;
- reuniões frequentes com as RT de forma a provocar a aproximação dos serviços, gestores e trabalhadores de sua regional na função de articuladores e mediadores da rede;
- tentativa de uma orientação única de alinhar a rede, e, ao mesmo tempo, considerando as diferenças entre as regionais, incentivar as trocas de experiências entre elas;
- direcionamento do nível central como prioridade de gestão e meta, visando a intensificar a conversa com os gestores e fomentar debates nos diversos espaços; e
- busca pelo redimensionamento de RH, mas não como condição primordial para a saída do CERSAM para o território.

Diante do exposto na presente Seção, ficou evidente a complexidade da prática de Matriciamento, que, há seis anos, entrelaça uma série de atores a uma diversidade de fatores, que conversam no tempo, nos espaços e nos encontros na Pampulha.

O mapeamento de atores e fatores que suportam tal arranjo, integrativo e coletivo, mostra a necessidade de intervenções articuladas (CECCIM, 2005) não só para o desenvolvimento dos profissionais mas também para as transformações e sustentação das práticas de saúde – especificamente neste caso, do Matriciamento em saúde mental com o CERSAM. Assim, é necessário que ele faça sentido para todos os envolvidos, caso contrário, como nos diz Feuerwerker (2016), a disputa está instalada, silenciosa ou explícita, e, a partir dela, surgirão os obstáculos para realizações e avanços.

Ao direcionarmos o olhar para os referidos elementos de sustentação, evidenciou-se, no discurso institucional, aquilo que tem funcionado e vem sendo percebido por todos os entrevistados como sustentáculo das práticas. Entretanto, por mais potencializador que seja esse arranjo, a complexidade das instituições e seus entrelaces cotidianos não dão conta de amparar a funcionalidade desejada a todo o tempo. As disputas de projetos e modelos de Saúde evidenciam os movimentos instituintes e os constantes jogos de força entre saúde mental e AB, saúde coletiva e saúde especializada, ou entre os processos usuário-centrados e médicos-centrados, por exemplo, o que vimos aparecer um pouco mais nos grupos focais.

Outro ponto relevante, mas que não será explorado nesta pesquisa, é o do apoio institucional – função gerencial para cogestão, desenvolvida por Campos (2014), usada nas relações entre serviços, bem como entre gestores e trabalhadores –, com destaque para a função e atuação das três RT na Pampulha, as quais, além de estarem presentes nos espaços das reuniões, incorporaram o Apoio Matricial em seu trabalho.

Ademais, observamos o quanto a GRSAM, ao ser envolvida pela pesquisa, levou consigo provocações – e, com efeito, potenciais transformações – para sua gestão e práticas assistenciais na cidade. Nesse

sentido, nos perguntamos se a pesquisa intervenção-interferência, no ato desses encontros e entrevistas – ou como Merhy (2004) diria “em ato e em acontecimento” –, fez jus a este que é um de seus papéis, isto é, interrogar os múltiplos sentidos cristalizados nas instituições e produzir o saber a partir do desenvolvimento do cuidado e do trabalho vivo em ato na produção do agir em Saúde, como diria Moebus (2015).

6.3 CERSAM PAMPULHA PRESENTE! ENCONTROS E DESENCONTROS NO TERRITÓRIO DA ATENÇÃO BÁSICA

A implementação e a sustentação da presença do CERSAM P nas reuniões de Matriciamento em saúde mental, como colocadas acima, foram demarcadas por uma espiral de fatores, atores e combinações particulares no território da Pampulha. Vários foram e são os caminhos e os territórios que podemos percorrer e adentrar. Nesse contexto, as produções nos mostram que o caminho escolhido pelo CERSAM P para o avanço no território⁵ foi o do Matriciamento em saúde mental, e a circulação dos profissionais se deu junto aos serviços e trabalhadores da AB. A este conjunto de elementos articulados podemos chamar território da coordenação do cuidado. Como podemos verificar, não foi criado algo novo; buscou-se ocupar espaços coletivos já existentes de forma a aumentar a potência destes.

A coordenação do cuidado pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações relacionados à atenção em saúde de forma que, independente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum. Logo, a coordenação assistencial seria um atributo organizacional dos serviços de saúde que se traduz na perspectiva de continuidade na perspectiva do usuário. No sistema de saúde brasileiro, a atenção primária à saúde (APS) é espaço estratégico para a efetivação da coordenação do cuidado. (BELO HORIZONTE, 2012, p. 46).

⁵ Tanto para estratégia de Saúde da Família quanto para a Saúde Mental, o conceito de território é o ordenador político-social dos serviços e ações, isto é, trata-se de muito mais que um ordenador espaço-temporal. Decorre disso que o território não está dado, é algo a se construir por intermédio de ações coletivas. (TURCI, 2008).

Para desempenhar essa função de coordenadora do cuidado (BELO HORIZONTE, 2012), devem-se cumprir três papéis: ser resolutivo, conseguindo resolver a maioria dos problemas de saúde da população; ser organizado, o que se relaciona à natureza de centro da comunicação; e ser responsável, ou seja, corresponsabilizar-se pela saúde dos cidadãos em qualquer serviço de saúde em que estiver. Dessa maneira, o CERSAM P, ao buscar presença nesse espaço, abriu campo para uma série de experiências e possibilidades de potencialização de sua assistência, que é o que a pesquisa buscou explorar.

Na direção de explorar nossos segundo e o terceiro objetivos específicos, buscamos analisar as trocas entre os trabalhadores envolvidos nos encontros de Matriciamento em saúde mental na Pampulha a partir das reuniões e identificar fragilidades e potências vividas ou percebidas por eles para a qualificação do cuidado em saúde mental no território.

Nesse sentido, algumas questões nos provocaram: Como se dão os encontros, as trocas e as relações entre os participantes? Quais facilitadores e fragilidades desse arranjo? Os agentes envolvidos reconhecem as reuniões como oportunidades de educação permanente? O que dizem sobre o compartilhamento ou cogestão do cuidado? Houve alguma mudança na integração da rede após a entrada regular do CERSAM P no Matriciamento? Que outras ferramentas auxiliaram na melhoria do cuidado ao portador de sofrimento mental na AB para além das reuniões? (APÊNDICE C).

Para percorrer mais este trajeto, no período de julho a setembro de 2021, organizamos três grupos focais: (1) Trabalhadores do CERSAM P; (2) Colegiado de Saúde Mental Pampulha; e (3) Trabalhadores da AB. Todos eles se reuniram de modo *on-line*, através de *link* do próprio grupo (Grupos 1 e 2) e de outro criado em parceria com o Núcleo de Educação Permanente da Pampulha (NEP P). Este arranjo facilitou o acesso dos trabalhadores diante de sua disponibilidade para contribuir com nossa pesquisa. Vale destacar que cada grupo teve um processo de formação particular, o que será detalhado à frente.

Por meio de convite via *WhatsApp*, enviamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, que lhes explicava a produção e uso dos dados, bem como os demais cuidados éticos que seriam tomados. Mediante autorização dos grupos, gravamos e, posteriormente, transcrevemos os áudios dos encontros, mantendo o sigilo sobre os nomes pessoais. Alguns trechos das falas, assim como nas entrevistas, foram reproduzidos na íntegra, na tentativa de trazer vida, diálogo e aproximação da experiência do campo para o leitor, além de destacar os diferentes lugares de fala dos grupos e das categorias profissionais envolvidas.

6.3.1 O processo de formação dos grupos focais

1) Grupo focal com o CERSAM P

O movimento de formação do grupo focal do CERSAM P se deu, inicialmente, com a apresentação do projeto para a equipe em serviço: gerentes, TSS e trabalhadores de nível médio presentes na reunião. O pedido para apresentação do projeto foi encaminhado para o *e-mail* institucional aos cuidados do gerente e do gerente adjunto, e, com o consentimento de ambos, o encontro se deu no espaço de reunião da equipe, *on-line*, em 18 maio de 2021. O convite foi feito a todos os trabalhadores TSS, uma vez que são eles quem participam das reuniões de Matriciamento. Em um primeiro momento, ficaram claras sua aceitação e disponibilidade para contribuir, principalmente por se tratar de um tema próprio do seu cotidiano de trabalho, como eles mesmos disseram.

Com a pesquisa aprovada pelos Conselhos de Ética em 09 de julho de 2021, encaminhamos para o *e-mail* institucional e no grupo de *WhatsApp* o convite para participação no grupo focal, juntamente com o TCLE para ciência e aprovação de todos que quisessem participar de forma voluntária. O encontro com os TSS do CERSAM aconteceu em 27 de julho de 2021. A reunião estava prevista para durar 1 h, mas teve duração de 1 h 22 min.

Muitos profissionais estavam de férias e outros participaram do encontro como observadores (residentes, farmacêuticos e psiquiatras). Uma vez que não estiveram presentes no cotidiano das reuniões de Matriciamento, cabe dizer que estes não integraram nosso objeto de pesquisa. Assim, as pessoas que participaram ativamente das reflexões propostas no grupo focal foram os enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, no total de nove pessoas. O tempo de atuação desses profissionais no CERSAM P e na rede é: desde 2002, três profissionais; desde 2012, quatro profissionais; desde 2019, um profissional; e desde 2020, um profissional.

A escolha por esses atores se deu pelo interesse de saber como é, para os trabalhadores do CERSAM P, participar das reuniões. Quais os efeitos percebidos por eles nesses e para além desses encontros? Para nós, seria importante escutar desse lugar de fala de quem vai, sai de seu lugar de trabalho e se desloca para os CS, a fim de participar das reuniões de Matriciamento.

2) Grupo focal com o Colegiado de Saúde Mental da Pampulha

O Colegiado de Saúde Mental da Regional Pampulha, de acordo com o regimento interno, trata-se de uma instância deliberativa, consultiva e propositiva da diretoria de saúde da regional Pampulha (Art.1º do regimento interno). Entre suas funções estão as de discutir, acompanhar e implementar as diretrizes e propostas da Política Municipal de Saúde Mental no âmbito da Pampulha, bem como apoiar e orientar os trabalhadores nos seus processos de trabalho. Esse espaço abrange uma diversidade de olhares e representatividades interessante, por ser constituído, atualmente, por gerência da GAERE, RTSM, gerentes de CS, trabalhadores da ESM dos CS, gerente e trabalhadores do CERSAM, gerente e trabalhadores do CERSAM AD, gerente e trabalhadores de Centro de Convivência, coordenador e trabalhadores do

Arte da Saúde, gerente do CERSAM infanto-juvenil, coordenador de SRT e trabalhadores da Equipe Complementar.

Como já é um grupo institucionalizado, com encontros mensais já programados, após o envio do convite com o TCLE em 09 de agosto de 2021, a apresentação do projeto se deu em uma das reuniões, *on-line*, e com a ciência, aprovação e interesse em participação de todos os membros. Inicialmente cedida 1 h, o encontro teve duração de 1 h 11 min. Nesse dia, estavam presentes e participaram nove pessoas, incluindo gerente de CS, psicólogas da ESM da AB, RTSM (uma é também coordenação do Arte da Saúde), gerente CERSAM, gerente CERSAM AD, trabalhadora CERSAM AD e gerência da GAERE.

A escolha desse grupo foi movida pela busca da diversidade, presente nos olhares e no lugar de fala de cada componente de uma gestão colegiada, bem como da importância da institucionalidade desta prática e da forma como estavam percebendo, direta ou indiretamente, seja pelas discussões *on-line* ou presencialmente, os efeitos da participação do CERSAM P nas reuniões para qualificação do cuidado em saúde mental.

3) Grupo Focal da Atenção Básica

Diante de 14 CS no território da Pampulha, cada um com várias equipes, uma multiplicidade de profissionais da eSF e da ESM, onde todos vivem a experiência do Matriciamento com a participação do CERSAM P, nos vimos diante do desafio de formar o grupo da AB.

Mediante *e-mail* institucional, o primeiro passo foi tornar a diretora de saúde da regional Pampulha ciente da pesquisa e do projeto, e, então, solicitar sua participação na reunião de gerentes da Pampulha (onde estariam os gerentes dos CS) para a apresentação do projeto e, se possível, construirmos juntos como se daria a participação dos CS. A ideia foi bem aceita e logo, em 09 de julho de 2021, o projeto foi apresentado no primeiro momento da reunião.

Mesmo diante de agendas apertadas e pressões assistenciais decorrentes da pandemia, após a apresentação, foi demonstrado o interesse de todos em contribuir com a pesquisa. Solicitamos a cada um dos gerentes que indicasse profissionais que estivessem há um bom tempo no CS na Pampulha, ou em outra regional ou cidade (isto é, que possuísse uma bagagem de experiências anterior a 2015 e posterior à entrada do CERSAM P no Matriciamento), e de qualquer categoria: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS, assistente social, psiquiatra, psicólogo ou terapeuta ocupacional. Nesse caminho junto aos gerentes dos 14 CS, identificamos pessoas que têm considerável tempo, interesse e experiência no Matriciamento em saúde mental. A propósito, o critério de tempo de experiência foi pensado por acreditarmos que ele nos daria acesso a vivências e reflexões históricas e processuais sobre os efeitos da entrada regular dos profissionais do CERSAM P nas reuniões de Matriciamento para a qualificação do cuidado.

Após um período, recebemos algumas indicações e, então, iniciei os convites para os profissionais da AB da Pampulha por telefone e *WhatsApp*. Para facilitar a comunicação, formamos, a partir daí, um grupo no *WhatsApp* com profissionais de todas as categorias da eSF e da ESM, totalizando 12 participantes de diferentes CS. Para melhor contextualização e detalhes, enviei-lhes o TCLE esclarecendo sobre a pesquisa e seus objetivos, a autorização dos Conselhos de Ética da UFMG e da SMSA, bem como a autorização para a gravação dos áudios, garantindo anonimato, sigilo e demais cuidados éticos, já que esses profissionais não haviam participado da apresentação do projeto.

Após esses passos, informei-lhes que o Distrito Pampulha, assim como todos os gerentes dos CS do distrito, estavam cientes e de acordo com a pesquisa e dispostos a colaborarem com a liberação dos trabalhadores para que essa participação se desse de forma programada e sem prejuízos. Assim, conseguimos viabilizar, com o apoio do NEP P, o *link* e a data para a realização do encontro, o qual ocorreu às 15 h 00 do dia 19 de setembro de 2021, com duração de 1 h 34 min. Nele, destacamos a importância de escutar

a AB (eSF e ESM) sobre os efeitos que a participação do CERSAM P tem gerado no cuidado ofertado ao território. Mas como esses trabalhadores percebem esta vinda do profissional do CERSAM P para o CS?

6.3.2 Trocas, potências e desafios: encontros e desencontros no território

A vida é arte do encontro, embora haja tantos desencontros pela vida.

(Vinicius de Moraes)

A vida é feita de encontros e eles são os grandes impulsionadores das trocas, da transformação. A partir de 2015, os encontros no território das reuniões de Matriciamento passaram a contar com profissionais do CERSAM P e somente a partir desses encontros, potentes ou não, é que foi possível nossa pesquisa. Assim como nos coloca Merhy (2007), as reestruturações produtivas do setor de Saúde somente acontecem por meio das tecnologias leves, mediante o trabalho vivo em ato.

Mas antes de entrar nos produtos propriamente ditos, cabe uma ressalva sobre os processos dos grupos focais *on-line*. Diante do número de participantes e do tempo de duração dos grupos, o que foi detalhado na última Seção, podemos afirmar que esse modo virtual não favoreceu bem as trocas entre os participantes e, por isso, foi um limitador do aparecimento dos conflitos. Ao vivenciar os grupos dessa forma, observamos que cada participante ficou à espera de sua vez de falar a partir da provocação inicial sobre os efeitos da entrada no CERSAM P nos Matriciamentos, sem aprofundar ou dar continuidade (na maioria das vezes) à fala do outro em seu turno. Houve poucos momentos de exploração de falas ou retomadas por parte dos participantes. Aqueles atravessamentos e espontaneidades observados em grupos presenciais cederam lugar, nos encontros virtuais, a uma certa linearidade e maior monitoramento das próprias falas.

Somado a esse limitador que é a ferramenta *on-line*, os desafios na condução do grupo por parte da pesquisadora-trabalhadora surgiram no ato: seria necessário intervir de forma mais direta e explorativa na medida que as falas iam aparecendo, ou deixar o grupo fluir no seu movimento natural nessa nova experiência *on-line*? E ao se deixar livre que todos pudessem falar (as pessoas queriam falar), com um mínimo de direção possível por parte da

pesquisadora-trabalhadora, o tempo-limite programado logo se esgotava, o que não favoreceu, novamente, a retomada de pontos de destaque ou de conflitos que poderiam ser analisadores em potencial.

Outro ponto de reflexão digno de nota diz respeito ao jeito como colocamos a questão para os participantes: ao serem questionados sobre os *efeitos para a qualificação do cuidado*, notamos uma tendência à exposição de impressões e vivências exitosas em relação à presença do CERSAM P, o que poderia ter sido diferente caso tivéssemos colocado como objetivo os *efeitos*, apenas.

E considerando a implicação da pesquisadora-trabalhadora, que traz um gosto pelo trabalho e o lugar de fala de quem coloca o seu próprio trabalho em análise, surgiu o questionamento sobre se este poderia ser um fator de inibição para falar dos desencontros e, ao mesmo tempo, de incentivo para falar das potências desse trabalho e arranjo na regional em foco, tanto pelos participantes da pesquisa quanto pela própria pesquisadora-trabalhadora. Enfim, todos esses pontos trazem constantes revisões e aprendizados na pesquisa e no trabalho, no difícil desafio de mudar de posição para a produção do novo.

Deste momento em diante, após dissertar sobre alguns processos, trazemos os produtos da pesquisa.

Para todos os entrevistados e em todos os grupos focais, a entrada do CERSAM P nas reuniões de Matriciamento, bem como sua continuidade, é vista como positiva, como ganho. Não foi colocado pelos participantes, em nenhum momento, qualquer ponto negativo ou questionamento ao se pensar em Matriciamento com o CERSAM P. Entretanto, isso não é garantia de sucesso e, com clareza, identificamos que estranhamentos, desencontros e atritos ainda existem e são importantes para nossa pesquisa e para todo e qualquer processo de trabalho que busca movimento e transformações. Os tensionamentos surgiram como parte do processo a partir dos encontros e, para além deles, nas vivências diárias das instituições e das redes e no refinamento das relações que escapam aos protocolos. Mas, ainda assim, não

se questionou o potencial do arranjo com presença do CERSAM P para a qualidade do cuidado.

Nesse contexto dos encontros e das trocas, então, daremos destaque aos *atravessamentos e desafios* trazidos pelos participantes uma vez que as potências serão descritas na Seção 6.3.2.

Para *todos* os envolvidos na pesquisa, a *pandemia da covid-19* foi trazida como um acontecimento que, de forma direta e transversal, impactou (e ainda impacta) todos os processos de trabalho, conforme detalhado em diário de campo na Seção 5.2.1. Gestores e trabalhadores relataram que passaram por processos de adaptação para se estabelecerem em regime de teletrabalho. Nesse sentido, por exemplo, foi verificada uma percepção de perdas na interação: “Gente, não se esqueçam que o microfone é uma pessoa, então não conversem entre vocês, conversem com o microfone” (gerente do CS). Além disso, muitas dificuldades foram evidenciadas devido ao baixo investimento tecnológico por parte da SMSA - PBH, como internet limitada, poucos recursos materiais e escassez de equipamentos nas unidades para a viabilização do trabalho remoto. Por outro lado, para além das limitações tecnológicas, foi percebido, em algumas unidades, um afrouxamento na proteção das agendas dos profissionais das eSF para que estivessem na reunião *on-line*, o que nos fez pensar se essa postura seria apenas uma consequência da pandemia. Para estarmos juntos nesse lugar, é como se estivéssemos que estar cada vez mais sustentando-o ali, com eles. Mas cabe pensar se isso foi agravado com a pandemia, o que nos leva, por consequência, a problematizar se, na verdade, não se trata de uma fragilidade própria às políticas de saúde mental e da Reforma Psiquiátrica no sentido de fortalecer esses cuidados no território da AB.

Enquanto trabalhadora, também vivenciei vários momentos em que estávamos disponíveis *on-line* esperando a eSF chegar, porém seus membros estavam fazendo atendimento agendado para o dia e horário da reunião. Como esta unidade se organizou para dedicar tempo, cuidado e profissionais no âmbito da saúde mental sem que ninguém das eSF tivesse comparecido à

reunião? Seria uma desvalorização da saúde mental ou dos espaços de Educação Permanente e construção coletiva tão pouco vistos na assistência da AB? Ou uma desvalorização dos dois? Junto a isso, foi percebido um esvaziamento das reuniões. Em algumas, comparecia apenas o médico ou a enfermeira, sem os demais integrantes, como os ACS. Tais atravessamentos foram experienciados nas unidades referidas onde o gerente parecia “não abraçar a causa” da saúde mental e, no caso, do Matriciamento. Nesse momento, enquanto trabalhadora do CERSAM P nos Matriciamentos, foi necessário problematizar com os integrantes que ali estavam e recorrer à RT sobre tal situação envolvendo diversos atores, inclusive do Colegiado de Saúde Mental da Pampulha, com o objetivo de intervir para conclamar a todos para construírem juntos esta contínua sustentação, que é muito pesada para ser levada a cabo apenas pelo trabalhador da ponta.

Em uma análise geral, ao escutar os grupos, surgiram menos dificuldades advindas do CERSAM P e mais questionamentos por parte da AB. Sobre isso, cabe uma investigação mais aprofundada em outros estudos, mas, retomando a formação dos grupos, aproveitamos a oportunidade e lançamos a reflexão sobre o fato de a AB não ter muitos espaços coletivos protegidos já estruturados no modo de agir e produzir saúde, o que pode não favorecer o movimento de busca pela resolução dos diversos problemas nesse âmbito. Por sua vez, a saúde mental, mesmo necessitando avançar em vários aspectos, construiu, ao longo de sua história, espaços coletivos instituídos, como, por exemplo, reunião de equipe, de microárea, supervisão institucional, fóruns distritais, dentre outros, o que observamos contribuir para a problematização e resolutividade dos problemas em saúde mental e em Saúde no sentido mais amplo.

Assim, de acordo com as falas dos participantes, as limitações e dificuldades trazidas pelos profissionais do CERSAM P foram:

- Não acomodação da agenda do CERSAM P, ou seja, ela é protegida para que o profissional possa ir às reuniões de Matriciamento. Porém, em alguns casos, é necessário um rearranjo maior, para não

comprometer a assistência do CERSAM P; e, nessa situação, quem organiza a agenda e a substituição do profissional é o próprio trabalhador, não a instituição:

Se o serviço demanda que eu esteja participando do Matriciamento, então o serviço deveria acomodar minha agenda a isso, né?(...) Eu falo isso em relação ao dia do Matriciamento, que é no dia do meu plantão, ou seja, para que eu possa estar prestando este serviço para o CERSAM, vamos colocar assim entre aspas, eu tenho que sair à procura de um colega para esse colega poder trocar comigo, sem que muitas vezes vou ter que atender à agenda do colega (...). Vejo isso como algo a ser pensado e como um atravessador sim, que gera desconforto. (Enfermeiro do CERSAM P);

- Pouco compromisso de algumas eSF e CS com as reuniões, refletido no afrouxamento das agendas e esvaziamento dos integrantes (descritas acima como possível reflexo da pandemia);
- Mudança no dia da reunião de Matriciamento por parte da AB sem prévio aviso aos participantes atores do CERSAM P:

E outro atravessador são os cancelamentos dos Matriciamentos, isso acontece, não é raro acontecer, cancela-se a reunião do Matriciamento, não informa a todos os envolvidos, e a gente entra na sala pra poder participar do Matriciamento fica que nem bobo, né? Às vezes, quem tem me socorrido é a X, que me informa e tal. Mas a gente muitas das vezes quando esse Matriciamento ele é cancelado, a gente fez todo um manejo de uma agenda, isso não é levado em conta, cancela-se e não comunica aos envolvidos. Então, é, eu vejo tipo assim, como uma soma total, como algo assim que, importante, interessante, já que nós somos rede. Como rede, a gente tem que conversar, né? (Enfermeiro do CERSAM).

No que se refere à AB, surgiram as seguintes dificuldades:

- Em algumas unidades, ainda há experiências de falta de confiança, trazendo à tona atritos, dificuldades para caminhar, com a velha frase “*não é pra mim*”, que atiza as disputas entre os serviços:

Essa questão de aproximar a equipe do CERSAM eu acho que é super válido, mas, assim, eu acho que falta um pouco também de confiança de ambos os lados, né? A gente teve um paciente que eu fui passar um caso pro CERSAM, e eles falaram ‘manda pra UPA, se a UPA achar necessário, manda para o CERSAM’. Então eu achei uma falta de confiança no trabalho da gente. A gente enquanto Saúde da Família, a gente enquanto base que avaliou esse paciente que não achava que tinha necessidade de ir pra UPA e que, é, a gente queria que ele fosse assistido no CERSAM, e, no entanto, falaram: ‘não, manda pra UPA’. (Enfermeira da eSF);

- Apesar de existirem outras ferramentas de apoio para além das reuniões de Matriciamento (como telefone, *WhatsApp*, prontuário eletrônico), algumas dificuldades com contato e busca de suporte pelo telefone do CERSAM P também apareceram – embora reconheçamos que ele não é um serviço de teleconsultoria. Em contrapartida, também sabemos que a disponibilidade do profissional de referência do CERSAM P para além da reunião auxilia bastante em momentos de dificuldades:

Quando a gente tá no sufoco aqui, a gente recorre mesmo ao *WhatsApp* pra pedir socorro, né? Quando vem uma situação assim, que a gente resolver de forma mais imediata, porque quando são outras questões envolvendo outras especialidades, a gente pede para o paciente voltar num outro momento e faz teleconsultoria. Os teleconsultores trabalham só com isso, então eles não estão de plantão, não estão na assistência, é um contexto totalmente diferente, mas muitas vezes quando a gente tá lidando com aquele sofrimento mental agudo e que a gente não tem isso de 'ah, vamos discutir daqui a meia hora, liga depois, o telefone não atende, o telefone tá ocupado e quando a gente tem essa dificuldade lá no CERSAM, o profissional enquanto matriciador tem nos dado esse suporte de uma forma que nos tranquiliza muito. (Médica da eSF);

- Reunião de tempo curto: 1 h por eSF em uma tarde em uma única vez no mês ainda é pouco para as demandas de algumas eSF, o que pode trazer sofrimento a esta no momento em que seus membros percebem que não conseguirão abordar todas as questões e casos desejados;
- Alta pressão assistencial, com demanda para aumento do número de profissionais na ESM, uma vez que há apenas um profissional, com dedicação de 20 h semanais;
- Existência de reuniões sem a participação dos ACS, considerada como perda significativa;
- Presença de alguns profissionais do CERSAM P ainda como reforçadores da fragmentação e do especialismo, os quais podem vir a representar uma função até mesmo de “desapoio”, por desonerar as eSF da saúde mental, como, por exemplo, pode ocorrer por meio do ato de receber ou negar um caso sem discussão, ou manter o foco das reuniões em marcação com psiquiatra:

Então, faz muita falta algumas participações, como a da ACS, eu percebo que os Centros de Saúde que têm uma participação

importante dos ACS, esses Centros de Saúde têm uma construção melhor do caso. Eu já citei esse Centro de Saúde, eu, particularmente, amo o Matriciamento dele, mal, mal tenho o que falar. A equipe já resolve tudo assim, é tão, tão, eu falo muito pouco nele, mas, assim, o X é o Matriciamento que pra mim, muito legal, assim, é, de construção mesmo que eu observo, com um ou outro, porém, mas de referenciamento, eu observo como a equipe respeitam uns outros, mesmo diante das divergências, como a Y tem um lugar importante para a equipe, mas sem se sobressair, no sentido, assim, é um lugar de igualdade, sem hierarquia, mas a equipe do Centro de Saúde a reconhece como uma referência de troca e não como uma referência de especialidade. Eu acho que essa construção é bonita, sabe, assim, nesse sentido de todos entenderem que todos são importantes. É, em compensação, aí eu não prefiro citar, mas, assim, outros Matriciamentos em que parece uma escola, alguém fala e o outro tá ali pra escutar um especialista te explicando quais são os critérios para dar um diagnóstico de esquizofrenia do CID. Hã, sabe, assim, que que isso constrói de fato no caso? (Terapeuta ocupacional do CERSAM P).

Ao ocupar e integrar os diversos lugares e saberes em Saúde, mesmo partindo de uma política de Matriciamento em saúde mental – a da Pampulha –, nos damos conta da diversidade das práticas e da imprevisibilidade dos encontros e do quanto o (não) entendimento da proposta por todos os atores, a intervenção ativa (ou passividade) dos trabalhadores no ato da reunião e a legitimação (ou descompromisso) direta (o) e indireta (o) dos gestores envolvidos dão forma àquela prática naquela unidade – como exitosas ou desastrosas.

A própria questão do tempo de reunião é algo que pode ser explorado: será um local para se passar *todos* os casos, ou, à medida que vamos discutindo um e outro, aprendemos cada vez mais com a discussão continuada e com os saberes da prática, aumentando a resolutividade nos demais casos por vir?

Gastão, já em 2007, lista os diversos obstáculos enfrentados por todos aqueles que se dispõem ao encontro, o que evidenciamos trazendo a perspectiva dos participantes desta pesquisa. Ao nos depararmos com a situação de que todos governam e que as partes se influenciam mutuamente (MERHY, 2019), torna-se necessária a cooperação e o compartilhamento decisório (MERHY, 2007), caso contrário, aparecem as disputas entre os campos de poderes e saberes e, por consequência, inicia-se um processo de

esvaziamento das discussões e dos acordos acerca da assistência de qualidade.

Observamos que, muitas vezes, não se dá credibilidade à fala do outro profissional. No entanto, cada profissional tem um saber específico de vida, de prática ou de teoria, e a diversidade contribui para as saídas e soluções para os problemas de saúde, que abarcam complexidades existenciais que vão além de um saber médico. Até mesmo o saber do usuário é desconsiderado, ou seja, por vezes reproduzimos atitudes que queremos negar.

Para encontros potentes, torna-se necessário, segundo Merhy (2007), legitimar os saberes, valores e desejos dos diferentes tipos de trabalhadores. Apesar dos desencontros e da necessidade de avanços, há, também, relatos de encontros potentes, que trazem a beleza e a riqueza do que se propõe. O modelo centrado nas necessidades dos usuários, com práticas compartilhadas e construções coletivas, não substitui o outro modelo centrado no médico e nos procedimentos. Estão em convivência e em jogo de forças o tempo todo. Por isso, os vemos funcionar em um CS, e não em outro, ou em um encontro, e não em outro. Destacamos, então, a importância de também trazer as experiências nas quais foi possível vivenciar tal potência, analisadas a seguir, nos espaços de Matriciamento em saúde mental com o CERSAM P, ponto de encontro das diversas pessoas e instituições que cuidam.

6.3.3 Efeitos para a qualidade do cuidado em saúde mental no território

Onde conversa circula, palavra tem efeito.

(Psicóloga do CERSAM P)

Uma das primeiras palavras que me afetou, que trouxe sentido e inquietação para minha busca ao estruturar o projeto do mestrado com o tema da pesquisa em foco foi justamente a palavra “efeitos”. O sentimento de

realização de conseguir ter este projeto acompanhado pela atual orientadora foi crucial, fator de terra boa para se buscar a parceria também com a atual coorientadora, que, por sua vez, logo na primeira conversa por telefone, lançou a semente dos efeitos: “Que *efeitos* a presença do CERSAM Pampulha nas reuniões de Matriciamento traz para a qualidade do cuidado no território?”.

De acordo com o Mini Aurélio (FERREIRA, 2010, p. 271), alguns significados da palavra *efeito* são: “(1) Produto de uma causa. (2) Resultado de um ato qualquer. (3) Efetivação, execução. (4) Eficácia, eficiência. (5) Impressão, sensação”. Aplicando-se tais significados ao projeto, o ato de se deslocar para as reuniões nas Unidades de Saúde traz quais resultados? Quais são os produtos desta causa abraçada por diversos atores? A efetivação e execução desse acontecimento têm alguma eficácia ou eficiência? Que impressões ou sensações essa presença traz? Assim, a palavra “efeito” gerou uma série de possibilidades e perguntas sobre o mesmo acontecimento. Por fim, ao trabalhar com essa palavra, pensamos em abrir espaço para o surgimento de impactos e afetações, favoráveis ou não, à qualidade do cuidado em saúde mental ofertado pelos trabalhadores.

Traçada como objetivo geral da pesquisa, esta bússola, “efeitos”, nos guiou, mas não limitou os detalhes, imprevistos e paisagens da travessia. Inicialmente pensando em termos da qualidade do cuidado no território ofertados pelas eSF, nos deparamos com diversos efeitos, e não só nas eSF mas também nas ESM, no CERSAM P e no “entre” (não localizado em apenas um serviço, mas fruto da relação entre eles), ou seja, “interferências” em todos os lados que ofertam o cuidado, “[...] como em ondas de rádio, interferências fazendo ruído, fazendo desandar o discurso institucional e pessoal, desconcertando a aparente estabilidade dos regimes semióticos, das identidades, dos territórios” (MOEBUS, 2015).

Importante destacar, principalmente a partir da fala de uma gestora da Pampulha, que tais efeitos percebidos e experienciados pelos atores e participantes da pesquisa não apenas decorreram da presença do CERSAM P no Matriciamento, mas são efeitos da *continuidade* desta presença, ou seja,

segundo ela, esse é o “*plus*” da pesquisa e do Apoio Matricial no distrito com o CERSAM:

[...] como tô na rede há muito tempo e como a gente já tá aqui há quase dois anos, a gente pode perceber, por indução mesmo, os efeitos aí dessa participação contínua, que é o que você chamou a atenção desde o início, porque eu acho que o Matriciamento é um processo e ele tem os seus efeitos consideráveis quando ele é um ato contínuo mesmo, como tá acontecendo aqui na regional Pampulha com essa participação do CERSAM continuamente. (Gerente do CERSAM AD P/NO).

Este trecho explicita um dos aspectos da Educação Permanente, caracterizado por um processo formativo contínuo e em constante construção, que acontece na cena cotidiana do trabalho. Tal modo de operar não depende apenas de um ou dois profissionais, mas de uma reestruturação do trabalho que valoriza a educação pelo trabalho, a coletividade, a multidisciplinaridade e contribuição dos diversos atores da rede na gestão do cuidado, além da sustentação pelos gestores, de forma a garantir a institucionalidade da prática. Sob essa ótica, como nos coloca Ceccim (2005), o cultivo desses espaços coletivos abertos, a tomar as relações como produtoras de saber e subjetividade no cotidiano do trabalho, faz do Matriciamento uma das formas de se praticar a EPS.

Neste momento, faz-se necessário sistematizar a complexidade e a dinâmica dos efeitos gerados e percebidos pelos participantes da pesquisa. Assim, de forma a facilitar seu compartilhamento e tendo em vista o que foi construído nos três grupos focais, agrupamos tais efeitos em três categorias baseadas na qualidade do cuidado, a saber, (1) *Efeitos para a AB*, (2) *Efeitos para o CERSAM Pampulha* e (3) *Efeitos “entre”*.

1) Efeitos para a AB

- Mesmo que os usuários não tenham sido objeto da pesquisa, foi possível notar um **ganho para eles relacionado ao Matriciamento**. Ao melhorar a integração e os processos de trabalho, este potencializa o

vínculo do usuário com o CS, facilitando o acesso e qualificando o cuidado;

- Foi citado pelos trabalhadores o efeito do Matriciamento sobre a **redução no preconceito** contra o “paciente da saúde mental”, de maneira a desmistificar a periculosidade com a diminuição do estigma e melhorias no acolhimento e cuidado a este paciente, bem como a não o deixar à margem do Sistema de Saúde. A partir disso, promove-se uma percepção de inclusão social, a qual ressignifica a maneira como se vê o sujeito e, com efeito, a maneira como se cuida:

Eu tenho observado esses anos a participação do CERSAM como um ganho para as equipes do PSF, porque, quando, né, ficou da gente assumir esse cuidado com pacientes da saúde mental, foi preciso trabalhar também com as equipes a questão do preconceito, né, o preconceito contra esse paciente que ainda existe e é muito grande, né? A gente pensava assim, ‘nó’, agora ainda tem, a gente ainda vê essas falas, graças a Deus hoje em dia com mais raridade, a gente ainda vê as falas assim: ‘Ah não, não vou na casa daquele paciente, porque ele é doido, ele pode me atacar, eu achei que ele tava em crise, ele pode me matar, ele planta maconha’. Então tinha uma série de preconceitos contra os pacientes da saúde mental, e o CERSAM veio no sentido que eu acho muito grande, essa contribuição pro PSF pra tá falando ‘Não, gente, o sujeito é paciente da saúde mental, o cérebro dele adoeceu assim como o rim pode adoecer, assim como outro órgão pode adoecer, mas ele não é uma pessoa que vai te atacar’, até pelas questões dessa cultura que a gente vê, que o paciente da saúde mental às vezes estava em filme de terror matando todas as pessoas. Então o CERSAM traz esse olhar para a equipe, de que sujeito é esse do CERSAM, que sujeito é esse que tá lá? É uma dona Maria, de meia idade, que tem a dificuldade mesmo de ser esquizofrênica, que de vez em quando ela vai surtar mesmo, vai precisar do CERSAM, mas que também ela precisa de outros cuidados, ela precisa olhar a pressão, ela precisa olhar a parte ginecológica, ela precisa olhar aqui no CRAS se ela tem direito a algum benefício, se ela mora sozinha, se tem algum parente que pode tá cuidando dela. Então, como o CERSAM trouxe para nós esse olhar que esse paciente é um sujeito, a gente levou, acho que a saúde, a equipe básica, o PSF, levou para o CERSAM esse olhar de quem que é sujeito que tá aí nessa área. Essa dona Maria, ela tem filhos? Ela tem irmão? Ela tem tio? Ela é casada? Quem se responsabiliza pelo cuidado? Essa troca foi uma, foi um ganho, eu não digo um ganho para nós não, eu não gosto quando fala que é um ganho pro profissional do CERSAM não, foi um ganho pro paciente da saúde mental que ele foi, pode ser olhado de uma forma mais globalizada do cuidado, uma forma com menos preconceito e uma forma com mais cuidado. (ACS do CS);

- Melhora no compromisso com o cuidado, mesmo quando o usuário está no CERSAM, abrindo espaço para o **cuidado integral ao usuário**: não

só na crise, não só no território, mas considerando a singularidade do sujeito, a noção do *todo*, conhecendo o usuário de forma mais ampla, pois um “Paciente da saúde mental não é só da saúde mental” (ACS):

Uma paciente do CERSAM, ela estava no CERSAM desde os sete anos, ela é moradora aqui da área de abrangência. Mentira: ela tava desde os 10 anos, ela era de outro bairro e passou a ser moradora daqui, mas, como nós não temos contato com o CERSAM, ela ficou ilhada na casa dela sem contato de saúde por diversos anos. Quando ela já tinha 16, 17 anos, o ACS que foi lá ficou vendo aquela moça andando lá nos pátios daqui do prédio, a moça andando lá falou: ‘olha gente, quem que é essa moça que anda aqui naquela agitação?’. Aí foi pesquisar e se descobriu que essa moça que andava era uma moça paciente do CERSAM e que ela era desconhecida pelo PSF aqui, que tinha responsabilidade pelo cuidado, mas eu vejo isso, não tô criticando o serviço nem o PSF que não viu, nem tô criticando o CERSAM não, o objetivo não é uma crítica ao serviço, o objetivo é mostrar o ganho que se tem quando uma pessoa que sabe do assunto tá participando da reunião, porque, quando o CERSAM vem e fala do paciente dele e mostra esse paciente, tem um ganho, se o CERSAM também tivesse participando e mostrasse ‘olha, fulano de tal é paciente seus, ela tem essa e essa característica da patologia de saúde mental dela, mas ela também tem outras coisas, talvez ela possa ser atendida pelo pediatra, talvez ela, não sei se ela teria condição, mas talvez ela pode participar do Lian-Gong, talvez ela possa fazer uma caminhada’, poderia abrir a visão no cuidado com esse sujeito. Então, eu acho que o que o CERSAM trouxe foi abrir a visão no cuidado com esse sujeito, e o PSF não tinha essa visão global antes do técnico do CERSAM vir e participar das reuniões. (ACS do CS);

- A noção de território passa a incluir a **crise e a urgência**, agregando à dinâmica do serviço de urgência e à compreensão das dificuldades locais, com trocas de saberes e experiências, facilitando o entendimento do paciente em crise e a construção coletiva de saídas para esse cuidado;
- É percebido um **empoderamento das eSF** com reflexos na conversa com o usuário, melhora da resolutividade com maior celeridade para *feedbacks*, conduções mais adequadas e maior entendimento da rede de saúde mental. O conhecimento da urgência em saúde mental produz encaminhamentos, quando necessários, mais assertivos e responsáveis, ao mesmo tempo em que as eSF se sentem mais seguras por estarem mais próximas a ela, ampliando a sua capacidade de manejo cotidiano e

condução dos casos graves. Ademais, promove-se um modo estendido de matriciar os casos do porvir no cotidiano do trabalho no CS:

E um outro aspecto que é importante destacar é que as equipes da Atenção Básica vão se sentindo mais empoderadas no campo do cuidado a esses pacientes, vão se sentindo mais seguras, com uma base, talvez, conceitual, mas não é nem de teoria, é de conceitos ferramentas mesmo, que ali no Matriciamento se colhe e se constrói, então essa base que se constrói ali dá segurança para os profissionais da Atenção Básica lidar com os fenômenos da saúde mental de uma forma mais, podemos assim dizer, de uma forma mais produtiva, conseguindo estabelecer vínculos, mas tendo também olhares e conduções mais adequadas para os casos. Então, ou seja, essa função da presença desse profissional do CERSAM qualifica, nesse sentido, as estratégias para os demais pacientes que estão ali chegando com sintomas semelhantes ou modos de funcionar semelhantes, ou seja, matricia, também, os demais casos, podemos assim colocar. (RT2);

- **Qualificação da reunião de Matriciamento:** sair da “velha passagem de casos” para níveis mais elaborados, mesmo diante da necessidade de discuti-los. Há uma noção de Projeto Terapêutico (PT) mais completo e de construção coletiva, com maior detalhamento e amarração dos casos e construção de saídas nesse espaço de também costura da rede. A percepção da potência da reunião e de seu efeito é maior com a eSF completa:

Esse espaço com a presença do CERSAM, além de enriquecer essa troca, eu acredito num aprendizado que a gente tá tendo nesse espaço, sabe? Com a presença do CERSAM, é mais um profissional, é mais um saber. Então, é o saber da urgência, é o saber do PSF, é o saber da saúde mental. (Psicóloga da ESM do CS);

- **Potencialização do lugar da saúde mental na AB associada ao fortalecimento da Rede Substitutiva e do SUS,** onde o CERSAM se torna a referência mais forte para os serviços e para a população, com possível diminuição da procura por outras portas de entrada na cidade;
- **Empoderamento da ESM** – agora mais próxima do CERSAM –, que se sente, também, apoiada pelo “profissional articulador” ou “articulador clínico dos casos”, ou seja, pelo CERSAM P:

Porque eu queria lembrar que a saúde mental foi uma das últimas especialidades que os profissionais do PSF assumiram, então, que eles ainda possuem essa dificuldade de dizer ‘será que os pacientes da saúde mental são nossos mesmos?’, ter um pouco mais de dificuldade de assumir os casos, pacientes da saúde mental, porque

eles têm muitos compromissos, eles têm pressão alta, as crianças, pediatria, e aí, é, eles fazem sempre esse movimento, assim, de uma certa dificuldade de com essa questão da saúde mental. E, entrando o profissional do CERSAM, nas reuniões de Matriciamento, é, serviu como mais um profissional da saúde mental para nos apoiar diante da saúde mental, mais um profissional que vem de fora, às vezes pra dizer sobre alguma questão técnica. Então eu acho que, é, fortaleceu o nosso compromisso e a nossa articulação clínica. (Psicóloga da ESM do CS);

- **Valorização da Clínica Ampliada**, e não só do saber médico, com encontros não centrados no médico ou na medicação, com ampliação das possibilidades de intervenção e cuidado, com valorização dos demais saberes que ali circulam:

E uma coisa que eu tenho percebido é que antes ou em alguns momentos, se o foco era a opinião do psiquiatra que tem o saber da medicação que tem esse saber de uma teorização, isso às vezes se dilui muito e todas as pessoas, o endereçamento assim não é tanto assim para o profissional psiquiatra sabe? Inclusive, muitos colegas psiquiatras faziam questão de não colocar a medicação como algo de solução única e perfeita para o caso. Então, a discussão passa pela medicação, mas ela não centra na medicação nem na figura daquela colega psiquiatra que tá ali. Em alguns momentos é preciso, vários generalistas pedem orientação normal, mas a conversa circula, e onde circula conversa, palavra tem efeito. (Psicóloga do CERSAM Pampulha).

2) Efeitos para o CERSAM Pampulha

- **Conhecimento acerca do território da AB**, da construção de vínculos e trocas afetivas, com melhora na interlocução. “Pequenos detalhes, enormes diferenças: ligar na Unidade Básica e já saber com quem você vai falar” é um grande facilitador do cuidado. O conhecimento maior dos CS e seus processos de trabalho descortinou o cenário de cuidado da AB, proporcionando um conhecimento sob o olhar desta:

A gente poder conhecer, que é a gente poder tá junto com a equipe, e eu ainda vou além disso, que eu acho que tem uma troca afetiva, principalmente no Centro de Saúde onde a gente é referência, né? Aqueles profissionais ali, sei lá, a gente brinca, a gente fala do paciente, fala sobre a vida, fala sobre várias coisas. Então, é, a gente passa a tá mais próximo mesmo, quando a gente constitui uma intimidade um pouco diferente daquele Centro de Saúde que você fala do caso e tudo, mas que você não tá junto, não tá junto ali. Então eu acho que o Matriciamento, ele tem esse efeito também. E a questão também do entendimento da rede. Eu tinha muitos anos de rede, né, desde 2002, mas o Matriciamento me favoreceu muito

nisso, gente. Como eu não conhecia a rede! (Psicóloga do CERSAM P);

- A sensação de **pertencimento a uma rede**, e não só a um serviço, foi destacada como uma percepção de ser ator de uma rede. A saída do profissional do CERSAM P da sua unidade de trabalho de alguma maneira refletiu em uma atuação profissional mais comprometida, na medida, também, em que ele se torna referência para um CS:

Quando você também tem uma referência no Centro de Saúde, não só o seu usuário, mas você sabe quem procurar, qual a enfermeira ou qual a ACS. Quando isso passa a ser menos distante, enquanto profissional, acho que isso fez bastante diferença pra mim, assim, nesse conhecimento e nessa proximidade da rede que a M. traz também, me sinto mais pertencente ainda a uma rede, e não só a um serviço. Acho que isso é bem legal, assim, dessa coisa do pertencimento para além do serviço em que trabalho, né? (Terapeuta ocupacional do CERSAM P);

- **Percepção dos vários atores (distrito, gestores e trabalhadores) envolvidos** na potência do arranjo matricial com o CERSAM P, ou seja, da coletividade desta prática:

O quanto que esse encontro do CERSAM com os profissionais do Centro de Saúde podem qualificar o cuidado, né? A presença do CERSAM é a ideia do **cuidado compartilhado em rede**, em que cada profissional tem um saber que contribui com pistas, com saídas, para esse projeto terapêutico de situações que são muito complexas, que um saber único não dá conta, mas juntos tem ali uma construção de um conhecer a realidade do outro. (Gerente de saúde mental de BH);

- **Maior conhecimento dos pacientes dos colegas do CERSAM P e dos seus**, com impacto visível no cuidado, na condução e na construção do Projeto Terapêutico. Esse é um fator que, aliado a um melhor conhecimento da realidade do CS, favorece a transmissão de segurança para o paciente no momento de seu encaminhamento;
- **Descentralização do CERSAM P**: o arranjo matricial colabora para um deslocamento do *status* do CERSAM de *centro da rede* para *um de seus pontos* – movimento claramente antimanicomial. Por consequência, tal composição desloca o lugar do especialista do suposto saber no momento em que vai para realidade do território fortalecer a AB, isto é, a coordenação do cuidado. O CERSAM não é o único que sabe cuidar, e

esta percepção surge a partir da saída de seus profissionais “para fora”, o que, por sua vez, nos encontros, viabiliza a realização de parcerias de uma melhor forma. Ademais, verifica-se uma percepção da importância dos CS e contextos locais singulares para o paciente:

Porque como eu sou desse tempo em que as coisas em 20 anos mudaram muito, a princípio entendia que o CERSAM era o centro, centro da saúde mental, era aí que a gente tinha que resolver, né? Era. Quantas vezes que eu me peguei falando: ‘não vou transferir pro Centro de Saúde, gente. O paciente é grave, o Centro de Saúde não sustenta esse Matriciamento’, sabe, assim? ‘Como que vai fazer, a gente fica, cuida, paciente fica bom e depois manda pro Centro de Saúde e a coisa volta’. Eu me peguei falando isso várias vezes, já escutei colegas falando isso várias vezes, né? E eu acho que um efeito pessoal pra mim, que o Matriciamento me ajudou a perceber isso, foi exatamente assim, descentramento do CERSAM. O CERSAM não é o único que pode dar conta e sabe cuidar da saúde mental, assim, tem muitos outros recursos, isso me ensinou, inclusive, o Matriciamento me deu essa possibilidade de abrir esse espaço pra mim, de dizer: ‘rede é isso mesmo, ficou aqui, agora é território’. E aí a gente vai falar dessa mudança também, que vem ocorrendo desse entendimento nosso de que o território como é importante pro paciente. E é ali que ele tem que construir a saúde mental dele, no dia a dia. Então aí eu tô falando já de um efeito em mim mesma, sabe, assim, amadurecimento do trabalho. (Psicóloga do CERSAM P);

- Percepção, por parte dos trabalhadores do CERSAM, de que existem **diferentes práticas de Matriciamento**, a saber, o “Matriciamento legal” (trocas e construções coletivas, horizontalidade e a ideia de que todos são importantes) e o “Matriciamento barreira” (cara de escola, pedagógico demais, vertical, centrado no especialista). Isso reforça a importância da participação ativa de todos os atores, incluindo os ACS.

3) Efeitos “entre”

- **Integração da rede:** a experiência desse arranjo trouxe falas e percepções, nos vários momentos das entrevistas e em todos os grupos focais, de se constituir em instrumento potente para a articulação da rede, de encontro dos níveis de complexidade da assistência onde os pontos se entrelaçam e aproximam os atores e os serviços. A melhoria no vínculo entre os serviços e uma maior afinidade entre profissionais

conduzem a uma maior humanização das relações, com acolhimento e melhora na comunicação e no diálogo, pois assim os profissionais se conhecem, conversam e legitimam reciprocamente seus discursos e serviços. Tal integração trouxe experiências de um maior compromisso do cuidado em rede, aumentando a chance de condutas mais amarradas e resolutivas, com maior oportunidade de fazer parcerias e combinados:

Eu tava me lembrando de um caso que já teve uma passagem aí no CERSAM nesse período de pandemia. Já tem um tempo que ele tá com a gente novamente, que a gente vinha acompanhando ele numa crise e uma dificuldade de articulação dele ir na urgência, da família conduzi-lo, e aí a gente vinha discutindo muito como fazer, como fazer essa articulação para ele ir ao CERSAM. E o referência nossa lá, do CERSAM, acompanhando essa discussão toda, esse tempo todo, nosso esforço para conseguir com que ele fosse para lá. E aí ele foi ao CERSAM com toda uma dificuldade de conseguir levá-lo até lá. A família levou e aí, quando a mãe chegou para acompanhá-lo, aí a pessoa do plantão falou assim pra gente: 'se eu não soubesse do esforço que vocês estavam fazendo para levá-lo ao CERSAM, eu teria dado alta, porque a mãe falou que ele estava ótimo' (risos). Então, assim, se não tivesse tido essa construção de muitos meses, nós tentando fazer essa articulação para ele ir, e a pessoa do CERSAM, a referência, acompanhando e levando, também, ao CERSAM... isso porque cada plantão é um plantão, a gente sabe... Então, se não tivesse tido essa construção e esse vínculo, que também se complementa com as reuniões ampliadas que a gente faz depois da supervisão, muito provavelmente teria ficado frouxo essa construção, e a gente ficaria 'Ah, a gente faz todo esforço pra ir pro CERSAM e o CERSAM libera', e, provavelmente, o CERSAM "Ah, encaminhei pro Centro de Saúde, e aí no Centro de Saúde ficou frouxo". Eu acho que a gente consegue fazer uma articulação maior e eu acho que isso também passa por essa articulação do CERSAM nas reuniões de Matriciamento, né? (Psicóloga da ESM).

Então o CERSAM dentro da, dentro das Unidades Básicas de Saúde garante o quê? Garante o ponto de encontro do sistema. O sistema que é hierarquizado. De repente tem no CERSAM, tem no Matriciamento, nesse encontro, um ponto de encontro entre a média complexidade no campo da saúde e a Atenção Básica. E, podemos dizer assim, era que, não é perder tempo, né, isso é qualificar o cuidado. (RT2);

- Construção e concretude da **continuidade do cuidado**, com noção de **cuidado longitudinal**, passando de um serviço para outro; maior facilidade na circulação dos usuários entre os serviços; e maior fluidez

nos encaminhamentos, evidenciando um trânsito mais fácil entre as diversas estações de cuidado do SUS (ou da saúde mental):

A primeira coisa que me ocorre enquanto transformação grande e muito essencial, que eu acho muito positiva, foi a aproximação entre a equipe do CERSAM e a equipe da atenção primária, né? É, eu acho que isso possibilita como se desse, assim, uma concretude a essa ideia de uma **continuidade do cuidado**, assim, o fato da gente conhecer o colega, você conhece o colega lá, o colega da saúde mental lá da Unidade, você conhece o caso, nós que vamos no Matriciamento de cada unidade, você conhece os profissionais, conhece enfermeiro, conhece ACS, isso dá uma, assim, uma noção de que quando a gente, o usuário está, chega no CERSAM e depois ele retorna pro Centro de Saúde, é, dá uma, nos dá uma sensação de que existe uma continuidade, realmente, nessa rede [...]. Essa aproximação das equipes eu acho que está diretamente ligado a uma possibilidade de um **cuidado mais longitudinal**, entendeu? Do usuário estar, num momento, num ponto da rede e, no outro momento, no outro ponto, e isso não ser uma coisa desagregada, sabe?” (Psicóloga do CERSAM P e da ESM, grifo nosso).

E eu acho que a gente pensa assim, o Matriciamento tanto da perspectiva, assim, de construção dos novos casos que chegam que as equipes levam pra gente discutir, como da transferência do cuidado de um serviço para o outro e tal. Mas ainda acho que tem uma coisa, tem um a mais, que é, assim, que, quando a gente fala da transferência do cuidado, dá uma certa ideia de que o paciente, num certo, ele está ali no CERSAM, ele precisa do tratamento daquele lugar da rede e depois ele já está em condição de fazer continuidade desse tratamento no outro lugar da rede, que é o Centro de Saúde, então ele está naquele momento, a responsabilidade do tratamento é do Centro de Saúde. E é assim que eu percebo que tem muitos casos que os serviços, **o fato do paciente estar num lugar ou no outro não esgota a contribuição e a participação do outro serviço**, sabe? Acho que nós temos casos que, eu vejo assim, nesses dois Matriciamentos, como que tem, é, tem casos que eles estão ali, é como se tivesse uma permeabilidade: num momento, o cuidado da saúde mental está em um certo ponto, mas o paciente, assim, a discussão flui muito, continuamente. Um exemplo, por exemplo, o A. P., paciente da C. lá do CERSAM, que circula pelo Centro de Saúde, ou não vai lá muito, às vezes vai mais, de vez em quando vai menos, mas a equipe sempre sabe, pergunta, a gente... tem pacientes que eles não, a gente já transferiu para o Centro de Saúde, por exemplo, tá lá, mas aí, no Matriciamento, a gente discute novamente ‘como que tá o fulano e tal?’. A gente vai trocando, é como se fosse **uma construção conjunta, contínua e independente de onde o paciente está**, sabe? (Psicóloga do CERSAM P e do CS, grifo nosso);

- **Efeito “extra-matriciameto”**: melhora na comunicação e oferta de apoio, cuidado e devolutivas pelo Sistema Gestão (prontuário eletrônico), *WhatsApp* (aumenta a aproximação, o compromisso e a confiança com o colega) e telefone, o que demonstra uma

disponibilidade do profissional do CERSAM P para além da reunião. Isso também se dá devido à organização da microárea, alinhada ao território e associada ao profissional de referência, o que facilita o apoio mútuo, para além da reunião.

A diversidade dos efeitos relatados conversa com o Matriciamento desde as primeiras diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), a saber, aumentar a resolutividade das ações de saúde mental na AB, evitar a psiquiatrização e medicalização dos cuidados em saúde, além de diminuir o preconceito e a segregação, fortalecendo a cultura antimanicomial e valorizando as práticas conjuntas. Igualmente, a diversidade dos efeitos dialoga com a PNH (BRASIL, 2010), que desde 2003 busca a qualificação das práticas de saúde e que aqui também observamos como valorização de rede, território, vínculo e acolhimento, na qual gestão, cuidado e formação caminham juntos frente aos desafios do cotidiano do trabalho em saúde.

Ao resgatar a revisão bibliográfica feita por Campos (2019) de trabalhos publicados entre 2008 a 2018 relacionados ao Apoio Matricial, o autor traz pistas sobre os aspectos que precisam ser levados em conta na qualificação dos serviços e, por consequência, na qualificação do cuidado ofertado, sendo estas:

- definição de delineamentos para prática de Matriciamento, coordenação dos casos e seguimento longitudinal, com atribuição clara do papel dos profissionais da Atenção Primária e demais especialistas;
- investimento maciço em formação e capacitação dos profissionais, especialmente aqueles envolvidos diretamente na prestação dos cuidados, para atuarem na lógica do compartilhamento e corresponsabilização dos casos; e
- criação de espaços institucionalizados, com encontro sistemático dos profissionais para discussão dos casos e avaliação conjunta do andamento das atividades.

Para essa análise, observamos que o último item é uma ação concretizada aqui na regional Pampulha, já que os espaços de reunião de Matriciamento são institucionalizados, com agenda fixa e frequência continuada. No que diz respeito ao item anterior ao último, se pensarmos que possuímos seis anos de Matriciamento com o CERSAM P e pelo menos 20 anos com espaços de encontro entre saúde mental e AB, poderemos concluir que existe uma educação em serviço se desenvolvendo, mas que precisa ser lapidada e incrementada com mais aprofundamento, para além das reuniões. Por sua vez, o primeiro item não foi objeto da pesquisa nem mesmo surgiu como efeito ou fala dos participantes, mas é possível dizer que também é necessário explorar e construir, com clareza, as atribuições dos diferentes profissionais envolvidos nas reuniões de Matriciamento.

Podemos dizer também como os efeitos previamente mencionados estimulam a reflexão sobre a gestão do cuidado ou da cogestão (CAMPOS, 1998). Como já vimos, o Matriciamento com o CERSAM P amplia a capacidade de reflexão da cogestão em termos de práticas, de modo que há maior chance de articulação a partir dos encontros e, com efeito, maior possibilidade de concretude da continuidade e da longitudinalidade do cuidado. Esta cogestão do cuidado sintoniza com o que Merhy (2007) diz sobre o ato de cuidar como “alma” dos serviços de saúde, tendo em vista que todos os núcleos profissionais podem cuidar, isto é, desde que se coloquem abertos e disponíveis ao encontro com os usuários.

Diante do exposto, concluímos que os efeitos aqui trazidos constituíram-se como verdadeiras potências transformadoras das práticas cotidianas, com mudanças visíveis nas formas de pensar dos atores que estão na lida direta com os usuários dos serviços de saúde, o que os tornam experiências que merecem ser compartilhadas e cultivadas dentro do terreno de trabalho em saúde mental.

6.4 RESTITUIÇÃO E NOVAS ANÁLISES

6.4.1 *O encontro com o coletivo de participantes da pesquisa: reflexos do cotidiano de trabalho*

O projeto original da atual pesquisa contava, inicialmente, com a ideia de restituições processuais separadas, com cada grupo de participantes, isto é, com o dos gestores entrevistados, o do CERSAM, o do Colegiado e o da AB, e, posteriormente, uma restituição coletiva com todos os grupos juntos, a fim de buscar um campo de maior exploração da produção e potencialização da capacidade analítica participativa. Em consequência da pandemia, o Comitê de Ética da UFMG atrasou cinco meses para aprovar a pesquisa e, em seguida, durante mais dois meses o processo ficou retido no Comitê de Ética da SMSA, totalizando-se sete meses sem a autorização para iniciar a produção. Mesmo sendo trabalhadora nesse lugar de pesquisadora, respeitamos todos os protocolos e nos deparamos com esse limite colocado: mais “uma pedra no meio do caminho”.

Esses atrasos, além de terem trazido angústia e sofrimento a mim e às orientadoras, trouxeram mudanças significativas no tempo de execução e análise da pesquisa, o que nos forçou a fazer apenas uma restituição como devolutiva parcial de todos os resultados a todos os participantes, em um único encontro. E fomos, com esta aposta, na tentativa de levar um produto rico e denso, de forma sistematizada, mas sem análise, na intenção de despertar em ato novas análises e busca por novos conhecimentos a partir desse compartilhamento.

O encontro aconteceu *on-line*, em 19 de outubro de 2021, terça-feira, de 14 h às 17 h. Utilizando o *link* da plataforma Google Meet, com o apoio do NEP P, o convite foi encaminhado por e-mail e para os grupos de *WhatsApp*. Dessa vez, contamos com as participações da orientadora e da coorientadora da pesquisa. Iniciamos com uma apresentação geral da pesquisa por mim, com foco nos resultados parciais, e, em seguida, abrimos o

espaço livre para todos os que quisessem falar. No total, foram 30 participantes (que ficaram até o final), representantes de todos os grupos: gestores, grupo CERSAM, grupo Colegiado e grupo AB. Não obstante esse número, a fala circulou entre os participantes para além da pesquisadora, orientadora e coorientadora, os quais puderam se colocar, analisar, dizer mais ativamente dos afetamentos ali causados após a apresentação.

Neste ponto, é importante salientar que, mediante as várias falas, vimos que os resultados apresentados ecoaram de forma positiva, gerando uma identificação com os produtos apresentados: “Retrata realmente esse cotidiano que a gente vivencia, né?” (Enfermeiro do CERSAM P). Os participantes sentiram-se contemplados nas produções e trouxeram para nossa análise uma perspectiva de que fomos felizes ao utilizar essa metodologia participativa, isto é, a restituição (PENIDO, 2010), que, ao abrir espaço para o plano relacional e permitir o protagonismo dos atores envolvidos na pesquisa, amplia a capacidade analítica da pesquisa, além de trazer a riqueza das afetações, o que, de fato, observamos no referido encontro.

No entanto, apesar dessa fala cristalizada de que foi boa essa entrada do CERSAM P e do arranjo matricial, e considerando o percurso na pesquisa e nos grupos focais, algo diferente aconteceu naquele encontro. Após algum tempo de exposição de percepções positivas por parte dos participantes e já com uma prévia discussão entre as orientadoras e a pesquisadora-trabalhadora, lançamos uma outra pergunta de forma inesperada que pegou o instituído de surpresa: ao invés de falarmos sobre a presença do CERSAM P nas reuniões de Matriciamento, provocamos a reflexão sobre quando este não participava, o que, na verdade, ainda acontece nas demais regionais de Belo Horizonte. Assim, abrimos espaço para as vozes instituintes aparecerem.

6.4.2 *Escutando o “silêncio” sobre o Matriciamento das ESM*

O caminho que foi sendo percorrido na pesquisa trouxe um destaque para a entrada e a presença do CERSAM no Matriciamento em saúde mental

na Pampulha, assim como para os interessantes efeitos deste arranjo no novo modo de operar em rede para a qualidade do cuidado. Porém, uma inquietação apareceu na percepção das orientadoras e da mestrandas, relativa a um certo silêncio sobre o Matriciamento em saúde mental por parte das ESM, o que já se constatava antes e se mantém atualmente nas demais regionais de Belo Horizonte. Por que apareceu tão pouco as ESM? O que a entrada do CERSAM P trouxe que não existia antes? Como era (é) sem o CERSAM? O que o Matriciamento com o CERSAM P oferece que o Matriciamento em saúde mental já oferecido pelas ESM não atingiu até então? E assim a provocação foi lançada.

As questões permitiram que os trabalhadores e os gestores presentes na restituição revelassem, claramente, a impressão de que o Matriciamento realizado pelas ESM no CS sem o CERSAM é *frágil*. E tal fragilidade foi explicitada a partir das seguintes questões:

- O fato da ESM no CS ser formada por um profissional isolado não é representativo propriamente de uma equipe, ou seja, um profissional por unidade é pouco para se falar em “equipe”, tanto para dar conta de realizar o apoio quanto para atender a pressão assistencial:

Profissional de saúde mental no Centro de Saúde? E de fato temos visto essa fragilidade, né? C. até lembrou aí, quando eu fui Referência Técnica do B., eu dizia 'Equipe de Saúde Mental', né? Aquilo que aconteceu em 2010, a partir da Conferência Municipal de Saúde Mental que a C. cita na pesquisa, em que 2011 foi colocado um psicólogo em cada Centro de Saúde, foi um grande ganho para a rede, foi muito bom. Mas tem algo que se perdeu a partir dali. Quando se coloca um psicólogo em cada Centro de Saúde, mas o parâmetro Equipe de Saúde Mental, Equipe de Saúde da Família, talvez não tenha sido dimensionado naquele momento. O que nós vimos de fenômeno nesses 10 anos de ampliação de psicólogos no Centro de Saúde, o que a gente viu foi que **a ideia de equipes perdeu**. Hoje a gente tem **profissionais isolados** nos Centro de Saúde, e foi mencionado aqui não tem um terceiro para intermediar e facilitar a troca, né? Então, o profissional, ele tá lá sozinho, muitas vezes não conhecendo o território, não conhecendo os usuários da rede no território, junto da Equipe de Saúde da Família, e de fato tem uma fragilidade, né? O profissional, muitas vezes, ele não aparece como matriciador, como representante da política de saúde mental. De fato, tem uma fragilização, a ideia de equipe de Saúde Mental nos Centros de Saúde foi se perdendo, tendo um certo esvaziamento, que é algo que a gente precisa resgatar em potência, o que não inviabiliza, o que não quer dizer que o CERSAM não deva ou não possa estar

presente. Muito pelo contrário, é a rede presente no Centro de Saúde, né? (Gerência de saúde mental de BH, grifo nosso).

Fazendo um resgate histórico lá no início do surgimento dos CERSAM em BH e na busca de estruturação da rede, conforme descreve Lobosque e Abou-yd (1998) no clássico texto “A cidade e a loucura – entrelaces”, o fato de ter profissionais de saúde mental nos CS desde aquela época trazia indagações sobre o papel desses profissionais na rede que ainda hoje persistem, como, por exemplo, se, após o surgimento dos CERSAM, seria o caso de manter esses atendimentos claramente ambulatoriais, diferentemente da lógica psicossocial que então se propunha:

De qualquer forma, optando-se por manter a lotação desses profissionais na rede, exigia-se um reordenamento de seu trabalho. Cabe-lhes receber os pacientes graves que já não requerem, ou não chegam nunca a requerer, um espaço do tipo CERSAM. Por outro lado, não podem simplesmente recusar aqueles pacientes já marcados por uma longa trajetória de psiquiatrização. (LOBOSQUE E ABOU-YD, 1998, p. 253);

- Discussões limitadas aos saberes e casos de usuários acompanhados apenas pelos CS:

Tem uma coisa importante, é que, assim, nós ficamos sabendo pela saúde mental muito mais do paciente que era acompanhado na Unidade, somente daquele paciente que a psicóloga acompanhava, né? Sobre esse paciente nós tínhamos informação. Agora, o paciente que ia para o CERSAM, que é acompanhado pelo CERSAM, as informações sobre ele não chegavam até a gente da maneira que chega hoje pelo CERSAM. Então, a gente consegue acompanhar o paciente de saúde mental. Às vezes, chegava paciente na unidade ou a gente ia na residência, e era paciente que era acompanhado pelo CERSAM, ele tá em crise, e aí a gente não sabia muito bem como lidar com esse paciente, porque nós **não tínhamos muita informação sobre esse paciente que era acompanhando pelo CERSAM**. E, hoje, um desses ganhos que trouxe é justamente esse, nós conseguimos acompanhar o paciente com melhor qualidade, porque nós temos informação de como ele está no CERSAM. Algumas vezes que ele está sendo acompanhado ou não, se ele tá indo, se ele é frequente. Então, eu acho que isso foi um ganho muito grande, saiu só daquele paciente que é interno da equipe de saúde para todo, sabe, para toda a rede que acompanha ele. Eu acho que isso foi um ganho. E essa **fragilidade**, realmente P. tem toda a razão, foi uma melhora muito grande também para todos nós. (ACS do CS, grifo nosso).

A percepção que eu tive durante esse processo aí no grupo era de falar mesmo, de focar mais na entrada do CERSAM, nesse

Matriciamento, de um profissional do CERSAM nesse Matriciamento. E, assim, é, pra mim ficou claro que esse Matriciamento antes, ele sempre ocorreu, eu participo desse Matriciamento há muitos anos, e eu acredito que ele era **frágil**, para mim isso ficou explícito. Era um Matriciamento que tinha seu efeito sim, acho que a gente não pode negar isso, o Matriciamento antes, ele tinha um efeito, mas que, com a entrada de um profissional do CERSAM, ele enriqueceu, dessa forma que a C. muito bem trouxe hoje pra gente, né? Isso de, dessa **construção coletiva com a urgência**. (Terapeuta ocupacional da ESM do CS, grifo nosso);

- Dualidade eSF-ESM, na mesma unidade, com necessidade de mais atores (um terceiro) para mediar as tensões e trazer saberes diferentes:

É, a fragilidade, é, eu até falei disso no dia do grupo, que era uma coisa que sempre me incomodava, PSF e saúde mental ali na discussão, na construção ali no Matriciamento. Eram duas equipes, PSF, saúde mental, e é aquilo: um passa o caso, o outro recebe o caso, e a gente tentando elaborar isso, melhorar essa relação, e eu não via isso como possível, né? Era uma coisa que os profissionais falavam 'nossa, se tivesse mais gente aqui, né?'. Eu até falei isso no dia do grupo, falei assim: **'precisa mais gente, precisa de mais atores'**. (Terapeuta ocupacional da ESM do CS, grifo nosso).

Eu penso que a fragilidade é essa, de não ter um terceiro ali para fazer uma, para intermediar e para facilitar ali a troca, para, é... Eu acho que, com a chegada do CERSAM, fica mais claro isso. Gente, são **saberes diferentes, é o saber do CERSAM, o saber da Equipe de Saúde Mental, o saber da equipe de PSF e o saber do sujeito que a gente tá ali por ele**. (Terapeuta ocupacional da ESM do CS, grifo nosso);

- Não se reconhece a ESM como representante da política de saúde mental de BH e ela não aparece como matriciadora, apenas representante de uma instituição ou complexidade de assistência, no caso, a saúde mental na AB:

Como que, assim, um agradecimento ao CERSAM, aos profissionais do CERSAM, como se os profissionais do CERSAM tivessem trazido a Reforma Psiquiátrica, a humanização do paciente psiquiátrico, eu escutei algo nesse sentido também, eu penso que, assim, é, como que eu vou dizer, uma certa... é... uma valorização a mais do profissional do CERSAM, nesse sentido, né? E eu fiquei pensando nisso também, eu falei: 'olha, os profissionais do Centro de Saúde não apareceram nesse dia do nosso grupo como matriciadores, como os representantes da própria política da saúde mental'. Então eu acho que o CERSAM apareceu nesse lugar de representante da política de saúde mental. E isso é muito bom, porque ele é mesmo, ele é substitutivo do hospital psiquiátrico. Mas eu acho, também, que tem a ver com a construção do trabalho na equipe. Eu acho que, quando o CERSAM entrou, as equipes já estavam mais maduras no Matriciamento de saúde mental, entende, assim já tinha uma trajetória de Matriciamento com essas Equipes de Saúde Mental.

Mas, realmente, eu fiquei me perguntando sobre isso, sabe? (Psicóloga da ESM do CS);

- Matriciamento menos institucionalizado, com menor compromisso com as reuniões e mais episódios de desmarcações, já que envolve apenas uma Unidade, no caso, o CS:

Por outro lado, eu acho que é, assim, é difícil dimensionar. É óbvio que há uma contribuição enorme, mas eu acho que, assim, é, por vários, provavelmente tem várias variáveis aí, por exemplo, o fato de o, talvez a chegada do CERSAM, a participação do CERSAM nos Matriciamentos tenha meio que, é, isso que a gente fala hoje, assim, já, às vezes, desmarca e não avisa, e não sei o que. Eu acho que antes era mais fácil dessas coisas acontecerem, é quase, assim, **envolve mais de uma instituição, a coisa tem que ter mais consistência**. Esse ponto é como se eu tivesse, assim, a instituição, fosse realmente um espaço institucional de fato, né? (Psicóloga do CERSAM P e da ESM do CS, grifo nosso).

A provocação sobre como era antes na regional Pampulha (e como ainda é nas demais regionais de BH) trouxe, inevitavelmente, os componentes do que se ganhou com a entrada do CERSAM P, que também foram evidenciados nos trechos explicitados ao longo desta seção. Assim, como ganho é percebido uma mudança nos processos de trabalho, com tendência à transformação, destacando-se a inclusão do saber da crise e da urgência, o saber mais ampliado sobre a rede de saúde mental e a Reforma Psiquiátrica, com aproximação entre profissionais e serviços e o entendimento para os gestores e os trabalhadores da valorização tanto da estratégia de Matriciamento em saúde mental, com aumento de sua potência, quanto da valorização do deslocamento do CERSAM para o território, destinando-se horas de trabalho ao CS, com a possibilidade de trocas e conhecimentos das realidades locais:

É, porque, no grupo, eu acho que eu exaltei mesmo (risos) a chegada do CERSAM, esse momento histórico pra gente. Eu falei disso no dia do grupo, mas eu vejo assim, o CERSAM, realmente, eu disse isso até no dia, ele faz uma marca no nosso processo de trabalho. Eu já trabalhava na rede antes de ter CERSAM Pampulha aqui na nossa regional. E, assim, **o CERSAM muda o processo de trabalho**, porque ele vem nesse lugar, né, desse projeto, desse novo projeto de saúde mental, que até então a gente não trabalhava dessa forma, a gente encaminhava, eu encaminhei muito paciente para o Raul, para o Galba. Depois, a gente começa essa construção com o CERSAM. Então, gente, fez tanta diferença, assim, nas Unidades. Acho que F., B., não sei se estavam nessa época, mas, assim, eu acho que a

gente é, é um momento mesmo, é uma marca o CERSAM, e essa mudança no nosso processo de trabalho só veio enriquecer, só veio melhorar, e acho que é isso. Acho que a gente trabalhava antes sim, mas a gente trabalhava numa outra lógica, e, **com a chegada do CERSAM, a gente muda a nossa lógica de trabalho**, acho que esse é o nosso ganho. (Terapeuta ocupacional da ESM do CS, grifo nosso).

"Como assim, dedicar horas do profissional do CERSAM no Centro de Saúde?". Esta pergunta foi feita por um gestor de outra regional e trazida na entrevista de um dos gestores de saúde mental do nível central. Ela traz uma forte evidência da necessidade de se ampliar o debate para a cidade:

Nós estamos em um momento de sustentação importante da política, do modelo de atenção psicossocial que nós defendemos, mas precisamos avançar também. Com uma mão a gente defende, com a outra, avança, né? E o entendimento claro que nós temos, que o que substitui o hospital psiquiátrico não é somente 'o CERSAM', é rede. O que substitui o hospital psiquiátrico é rede, é Rede de Atenção Psicossocial. Nela temos CERSAM, temos unidade de acolhimento, temos equipe complementar, temos centros de convivência, e outros pontos são os leitos em hospital geral. Então, o que substitui hospital geral é rede, e é uma rede que vem se compondo desde da década de 90 e vem se fortalecendo, né? E eu fico, tô aqui ouvindo e, ao mesmo tempo, me perguntando, porque eu acho que a pesquisa traz sempre um bom diálogo para nós, que eu tô, depois eu vou voltar na pergunta da A., que eu fiquei aqui também pensando, mas me perguntando **por que a importância do CERSAM nos Matriciamentos da saúde mental nos Centros de Saúde, se lá já tem um profissional de saúde mental, né? Eu tô colocando aqui uma pergunta que me foi feita em 2018 por um gerente de CERSAM, quando eu fiz essa provocação de que o CERSAM deveria ser um apoiador matricial da rede, contribuindo para o cuidado compartilhado. Por que que o CERSAM precisa estar nos Matriciamentos? Justamente porque nós trabalhamos em rede.** Justamente porque o cuidado precisa ser compartilhado, as equipes de Saúde da Família precisam conhecer mais e melhor sobre as pessoas que estão em acompanhamento no CERSAM, né? E ninguém melhor que a equipe do CERSAM pra dizer disso, né? (Gestora de saúde mental de BH, grifo nosso).

No momento da restituição, apareceu, também, a realidade das ESM para além das reuniões de Matriciamento. Apesar das fragilidades terem se destacado no encontro, foi colocado que a função de apoiadora das ESM não se limita à reunião, que acontece uma vez no mês, mas se estende a todos os dias no cotidiano e nas interações com as eSF no CS:

É, eu só queria fazer uma última consideração, gente. É sobre o **Matriciamento da Equipe de Saúde Mental**. Eu acho que seria bom colocar, também, que esse Matriciamento, ele ocorre nessa reunião, que é uma vez por mês, com a presença de um profissional do

CERSAM Pampulha, onde firma essa institucionalização, acho que isso é importante, mas a gente não pode esquecer que o profissional da saúde mental, ele está lá no posto, ele está todos os dias, e que a gente faz esse Matriciamento o mês inteiro, todos os dias, né? A gente, é na porta, é no corredor, é na hora, indo até o estacionamento pegar o carro. Então, assim, é no intervalo das consultas. Então, assim, eu acho que talvez isso não apareceu também da outra vez, né, C.? Mas eu acho que as Equipes de Saúde Mental, elas sustentam esse Matriciamento de uma forma muito, muito poderosa, que a gente pensar que é uma equipe tão pequena para esse trabalho. Só queria ressaltar isso. (Psicóloga ESM do CS, grifo nosso).

Então, assim, na medida que é uma pesquisa de um trabalhador, que é na perspectiva de um trabalhador, uma pesquisa participante, é alguma coisa que, de certa maneira, induz a uma apreciação daquilo que se agregou nesse Matriciamento que já existia. É, eu concordo com a P., que isso aparece sempre nas discussões, é, nas discussões após a supervisão, de que a Equipe de Saúde Mental está em Matriciamento permanente, vamos dizer assim. É, essa avaliação que foi trazida, de uma certa institucionalidade, na medida que tem um ator externo, eu acho que é um fator importante, talvez isso, por si, já potencialize. E é algo que, no meu ponto de vista, a organicidade que essa participação do ator do CERSAM no Matriciamento traz para a rede de atenção em saúde mental no território da Pampulha é alguma coisa que é, para tudo aquilo que a gente poderia pensar antes de oportunizar essa organização, eu acho que é o que tem de mais valioso. (Gerente do CERSAM P).

A preocupação em fazer desses profissionais da ESM atores da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, assumindo tanto os egressos dos hospitais psiquiátricos quanto as diretrizes de trabalho em rede, ordenado por toda uma luta política e social, vem desde o início da construção da rede de saúde mental em BH. Novamente, surgem questionamentos sobre o papel e o dimensionamento desses profissionais como equipe, sua atuação na rede, seu conhecimento do território, sua representação da política de saúde mental antimanicomial da cidade (LOBOSQUE e ABOU-YD, 1998) e, nos dias atuais, especificamente, também sobre sua função como apoiadores matriciais.

Fazendo um deslocamento do olhar a partir dessas análises, é válido abrir, neste ponto, uma reflexão no sentido da potencialização desses profissionais: ao invés de problematizá-los de forma isolada, pensando apenas em seu perfil ou formação, uma alternativa seria, talvez, incentivar cada vez mais espaços e colocar na mesma cena os diversos atores da rede, para

fortalecer, formar em serviço e coletivizar as práticas de saúde mental na AB – como, no caso em estudo, os profissionais do CERSAM P.

Nesse contexto, a descentralização da capacidade pedagógica do SUS tão disseminada pela via da EPS traz e reforça a importância de dispositivos como o Matriciamento com o CERSAM P. Ademais, como nos lembra Ceccim (2005), sempre seremos poucos, sempre estaremos desatualizados, nunca dominaremos tudo, o que nos provoca a transcender o Matriciamento com o CERSAM P, que, apesar de ter sido exaltado pelos participantes, ainda não é o suficiente, carecendo de uma sustentação continuada dos vários atores e serviços articulados movimentando uma rede de conversação e de agentes institucionais coletivos com clareza de seu propósito.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Contribuir para o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial pode ser considerado um grande objetivo das pesquisas alinhadas ao SUS e à política de saúde mental de BH. E, nesse caso, não deixa de ser, também, nossa intenção. A valorização da saúde mental na AB, por meio do Matriciamento, foi uma direção importante para contextualizarmos nosso campo e objeto de pesquisa, qual seja, o Matriciamento em saúde mental com o CERSAM P – no momento, realidade particular da regional Pampulha de BH.

Como parte da metodologia empregada, a pesquisa-intervenção-interferência foi uma ferramenta acertada, mas nem por isso fácil de ser utilizada no caminhar do estudo. Ao assumir a posição convergente do que trouxeram os autores Rocha (2003), Moebus (2016), Figueiredo (2019) e Passos (2015), caminhamos juntos na tentativa de produzir “com” nas entrevistas e grupos, diante do desafio dos encontros *on-line*, incentivando a participação dos integrantes não só na produção dos dados mas também nas análises. Por meio da restituição, abrimos espaço para a imprevisibilidade e, então, novas análises surgiram e ampliaram o potencial analítico dos achados.

Acreditamos, e percebemos nos testemunhos, que a pesquisa proporcionou um espaço de reflexão sobre o próprio trabalho em relação a vários aspectos, em especial, a uma percepção mais consistente sobre a importância do Matriciamento em saúde mental com o CERSAM (mas também sem ele), dando um certo contorno à vivência do atribulado fazer cotidiano em saúde, e também à importância da integração da rede, na qual o CERSAM não é o centro, mas, sim, uma dimensão importante de cuidado como as outras. Apesar da maciça percepção de ganho e benefícios com esse arranjo, foi possível observar jogos de interesses, relações de poder existentes, tensionamentos e obstáculos ainda a serem superados, característicos dos espaços que se propõem a coletivizar as práticas e saberes, bem como romper com a hegemonia médica e centralização no especialista e na medicação, indo

ao encontro do que nos mostra Campos (2007) e Merhy (2019). Mas estas não são tarefas fáceis, pois abrem um campo vasto para novos estudos e exigem muita disposição do trabalhador e do gestor para sustentarem posturas de mediação e construção do que se propõem.

Considerar o acontecimento da pandemia da covid-19 foi necessário, já que ela, transversal e diretamente, influenciou nossas experiências e afetou nossos caminhos. A busca pela institucionalidade das práticas pelos gestores, ao mesmo tempo em que valoriza a micropolítica do cuidado e a capacidade de todos os atores fazerem gestão compartilhada, foi ainda mais desafiada nesse atual problema sanitário da pandemia, tendo-se em vista manter as reuniões de Matriciamento nos CS na tentativa de garantir o arranjo de cuidado em saúde mental e a assistência aos usuários integrada no território. Mesmo estando em sintonia com as diretrizes da PNH (2003) e do Apoio Matricial em saúde mental estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), além de já se ter instituído esse dispositivo em BH, em 2012, a estratégia não está garantida, sendo papel de todos os atores a busca pela sua sustentação.

A busca por superar o olhar familiarizado de trabalhadora colocou a pesquisadora em constante exercício de crítica e autocrítica, a fim de abrir os espaços para o novo e não apenas confirmar ideias ou hipóteses já pensadas. O movimento de viver, testemunhar e poder registrar as histórias e práticas da saúde mental na Pampulha e em Belo Horizonte de uma forma geral é transformador, uma vez que a necessidade do compartilhamento ultrapassou as interações (in)formais e ganhou registro e *status* de produção de conhecimento.

Mesmo ciente dos limites e das lentes deste estudo, é possível afirmar que o Matriciamento em saúde mental com o CERSAM P constitui-se como um importante dispositivo de EPS e potente espaço de gestão de cuidado. No contexto estudado, mesmo com todas as dificuldades e particularidades de cada eSF e cada CS, o Matriciamento com o CERSAM pode ser considerado uma estratégia facilitadora desse processo que coloca

em evidência as experiências e os saberes locais, a organização e a integração das redes, o envolvimento e as práticas da gestão, bem como os espaços de formação e construção coletiva (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

Os produtos dessa pesquisa nos direcionaram, por diversas vezes, ao desafio de se fazer e costurar a rede. A construção da melhoria da qualidade do cuidado no território foi possível mediante o Matriciamento em saúde mental, que se mostrou uma ferramenta potente com o CERSAM P por meio dos efeitos evidenciados. Então, o que essa experiência do Matriciamento da Pampulha nos ensina é que, quando se institucionalizou a possibilidade desse encontro com a aproximação das complexidades assistenciais entre AB e urgência em saúde mental, abriu-se a possibilidade de uma maior articulação entre os serviços, e, conseqüentemente, maior diálogo e aproximação entre os sujeitos que cuidam. Concluímos, por isso, que a melhoria ocasionada pelo Matriciamento exigiu (e exige, por ser o objetivo de uma busca contínua) a implicação de muitos atores, desejos, conversas e muita persistência.

Para além do conceito de Apoio Matricial (CAMPOS e DOMITTI, 2007) e da proposta original de Matriciamento em saúde mental entre ESM e eSF como metodologia de trabalho e como arranjo organizacional na APS em BH, e transcendendo o seu propósito de oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico, o Matriciamento em saúde mental com o CERSAM P trouxe, na prática, a função de aproximação e integração da rede. Ao longo deste estudo, foi identificado que tal aproximação também refletia uma intencionalidade inicial da gestão já na implementação, especificamente pela RTSM da Pampulha e pelo gerente do CERSAM P, o que satisfatoriamente foi observado nos efeitos previamente descritos e analisados.

Na reflexão sobre a prática e na tentativa de escrever uma definição de Matriciamento em saúde mental para essa realidade que estudamos associada à presença do CERSAM P, consideramos a construção coletiva dos diversos atores e a experiência da autora como trabalhadora naquela realidade. Definimos, assim, o Matriciamento na Pampulha como *prática*

institucionalizada alinhada ao SUS e à saúde coletiva, com intuito de desinstitucionalizar e territorializar o cuidado em saúde mental, em um espaço coletivo de trocas e comunhão de saberes em busca de estratégias plurais para os complexos problemas de saúde e saúde mental. Na tentativa de potencializar as dimensões técnica, pedagógica, clínica-assistencial e a integração da rede, os encontros continuados e dialógicos acontecem entre atores das diferentes especialidades e complexidades assistenciais visando à colaboração entre os que cuidam, bem como a um cuidado de qualidade centrado nas necessidades dos usuários.

Porém, percebemos que o fato de estarmos presentes há seis anos nesses espaços não significa que a estratégia está pronta. Ao se pensar o arranjo de Matriciamento em saúde mental com o CERSAM como estratégia utilizada particularmente na regional Pampulha, percebemos nas falas, inicialmente por meio das entrevistas e dos grupos focais, posteriormente, na restituição, as transformações nos atores envolvidos na pesquisa – nesse caso, os gestores –, bem como a necessidade de se debater o tema na cidade de BH e estender a provocação e o incentivo à participação nos demais serviços, como o CERSAM AD, o CERSAM I, os Centros de Convivência, a Arte da Saúde, dentre outros nesse espaço de formação nas unidades da AB.

A riqueza produzida nas entrevistas e grupos, assim como em todo o percurso, não chega nem próximo ao que a expressão por meio da escrita possibilita transmitir, e, assim, não pôde ser, em sua totalidade, contemplada nesta dissertação. Os desafios com a pandemia, o histórico de implementação do Matriciamento, os encontros e desencontros no território, os efeitos da presença do CERSAM P e a reflexão de como era antes e depois de sua entrada não se esgotam aqui, são potenciais disparadores de futuros estudos na Academia e novos debates na rede SUS e saúde mental de BH.

De acordo com Campos (2019), ações que buscam a integração da rede e a preparação dos profissionais da AB vão ao encontro da melhoria da qualidade do cuidado ofertado ao portador de sofrimento mental. Sob essa ótica, constatamos que o Matriciamento em saúde mental com o CERSAM P

em BH é uma dessas ações. O compartilhamento do cuidado e a oferta de apoio vêm contribuir com a construção de um Projeto Terapêutico realmente multidisciplinar, conjunto e mais cuidador para esses pacientes, tão necessitados de um olhar mais ampliado. Dessa maneira, no persistente desafio de buscar um cuidado em saúde mental humanizado, descentralizado e territorializado, seguimos lutando por dias melhores. Deixo, então, o poema “No meio do caminho” (ANDRADE, 1998, p. 196) que muito representa os desafios mundanos que estamos vivendo e, para além dele, acrescento já votos de esperança e persistente luta em direção a caminhos que também tenham flores, além das pedras que já encontramos.

NO MEIO DO CAMINHO

No meio do caminho tinha uma pedra
tinha uma pedra no meio do caminho
tinha uma pedra
no meio do caminho tinha uma pedra.

Nunca me esquecerei desse acontecimento
na vida de minhas retinas tão fatigadas.
Nunca me esquecerei que no meio do caminho
tinha uma pedra
tinha uma pedra no meio do caminho
No meio do caminho tinha uma pedra.

(Carlos Drummond de Andrade)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, A.L. *et al.* O Pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. *In: MERHY, E. E. et al. (org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes.* Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 22-30. (Coleção Políticas e Cuidado em Saúde, v. 1.).

AMARANTE, P. D. C. *Saúde mental e atenção psicossocial.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANDRADE, C. D. (org.). *Antologia poética.* 40. ed. Rio de Janeiro: Record, 1998.

BARROS, L. M. R; BARROS, M. E. B. O problema da análise em pesquisa cartográfica. *Fractal: Revista de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 373-390, maio-ago. 2013.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal; SUS. *Oficinas de qualificação da Atenção Primária e rede complementar em Belo Horizonte: segundo ciclo – Oficina 3 – A gestão do cuidado em rede – Guia do participante.* Belo Horizonte: Prefeitura de Belo Horizonte; SUS, 2012.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *Nota técnica covid-19 nº 009/2020 CIEVS/GVIGE/DPSV/GEAPS/GEURE/GERRC/GEASF/DIAS/GCINT/DMAC/SMSA/PBH.* Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 20 de março de 2020. Disponível em: [https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2020/Nota%20T%C3%A9cnica%20COVID-19%20n009_2020%20\(1\).pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2020/Nota%20T%C3%A9cnica%20COVID-19%20n009_2020%20(1).pdf). Acesso em: 31 mar. 2022.

BELOTTI, M.; LAVRADOR M. C. C. Apoio Matricial: cartografando seus efeitos na rede de cuidados e no processo de desinstitucionalização da loucura. *In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. p.129-146. (Caderno Humaniza SUS, v. 5).

BERTUSSI, D. C. *et al.* Apoio como dispositivo visto de dentro-fora: potências, invenções e desafios. *In: FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde – surpreendendo o instituído nas redes.* Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 380-390.

BORDINI, G. S.; SPERB, T. M. Grupos focais online e pesquisa em Psicologia: revisão de estudos empíricos entre 2001 e 2011. *Interação em Psicologia*, Curitiba, v. 17, n. 2, p. 195-205, jul.-set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008*. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em 31 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em 31 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção - Relatório de Gestão 2003-2006*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007, 85 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. (Série b. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *Formação e intervenção*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 242 p. (Cadernos Humaniza SUS. Série B – Textos Básicos de Saúde, v. 1).

CAMPOS, G. W. S. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 13, p. 141-144, jan.-mar. 1997.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 14, p. 863-870, out.-dez. 1998.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CAMPOS, G. W. S. *et al.* A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface*, Botucatu, supl. 1, n. 18, p. 983-995, dez. 2014.

CAMPOS, R. T. O. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, out. 2019.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004/fev. 2005.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, dez. 2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 14, p. 41- 65, jun. 2004.

CHIAVERINI, D. H. (org.). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

DOS SANTOS TREICHEL, C. A.; BAKOLIS, I., ONOCKO-CAMPOS, R. T. Primary care registration of the mental health needs of patients treated at outpatient specialized services: results from a medium-sized city in Brazil. *BMC Health Services Research*, [S. l.], v. 21, n. 1095, out. 2021.

FERREIRA, A. B. H. *Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa*. Coordenação de Marina Baird Ferreira. 8. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FEUERWERKER, L. C. M. *et al.* A pesquisa construída de modo compartilhado como dispositivo de educação permanente. In: FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde – surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 188-197.

FIGUEIREDO, E. B. L. *et al.* Pesquisa-interferência: um modo nômade de pesquisar em saúde. *REBEn: Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 72, n. 2, p. 571-6, mar.-abr. 2019.

GRSAM. *A rede de atenção psicossocial e a política de saúde mental de Belo Horizonte*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2021.

HENZ, A. Interferências estético-conceituais em ambiências e questões para pensamento-pesquisa. Santos, 15 out. 2014. Blog: Laboratório de Sensibilidades. Disponível em: <https://laboratoriodesensibilidades.wordpress.com/2014/10/15/interferencias-estetico-con>. Acesso em: 29 mar. 2022.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, jun. 2004.

LOBOSQUE, A. M.; ABOU-YD, M. A cidade e a loucura – entrelaces. In: CAMPOS, C. R. (org.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998. p. 243-264.

LOURAL, R. Lourau na UERJ 1993 - análise institucional e práticas de pesquisa. Apresentação de Heliana de Barros Conde Rodrigues. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M. (org). *Desafios e inovações na gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003 a 2008*. Belo Horizonte: Mazza, 2010.

MENDES, C. M. A. Pesquisa on-line: potencialidades da pesquisa qualitativa no ambiente virtual. *Hipertextus*, [s. l.], n. 2, jan. 2009. Disponível em: <http://arquivohipertextus.epizy.com/volume2/Conrado-Moreira-MENDES.pdf?i=1>. Acesso em: 29 mar. 2022.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T. B. *et al. Acolher Chapecó: uma experiência de mudança com base no processo de trabalho*. São Paulo: HUCITEC, 2004. p. 21-45.

MERHY, E. E. *et al.* Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 6, p. 70-83, dez. 2019.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S. (org). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINOZZO, F.; COSTA, I. I. Integrando CAPS e Saúde da Família: apoio matricial em saúde mental. In: PAULON, S.; NEVES, R. *Saúde mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado*. Porto Alegre: Sulina, 2013. p. 61-81.

MOEBUS, R. L. N. Pesquisa-interferência desde Heisenberg. In: MEHRY, E. E. *et al. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde – surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 420-422.

OLIVEIRA, E. G. A saúde mental na atenção básica de saúde: uma parceria com as equipes de saúde da família. In: NILO, K. *et al. Política de saúde*

mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2008. p. 17-25.

OLIVEIRA, J. C. *Articulações entre os apoios matriciais da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte – MG: caminhos para a qualificação do cuidado em saúde mental*. 2021. 121 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 2021.

OLIVEIRA, J. C. *et al.* Especificidades do grupo focal online: uma revisão integrativa. *Ciência e Saúde Coletiva*, [on-line], jul. 2021. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/especificidades-do-grupo-focal-online-uma-revisao-integrativa/18144?id=18144>. Acesso em: 29 mar. 2022.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCOSSIA, L. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2017. p. 17-31.

PENIDO, C. M. F. Trabalhador-pesquisador: análise da implicação como resistência ao distanciamento do objeto. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 369-385, abr. 2020.

PENIDO, C. M. F. *et al.* O apoio matricial como tecnologia de saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 86, p. 467-474, jul.-set. 2006.

PENIDO, C. M. F. *et al.* Saúde mental na Atenção Básica: somar ou dividir apoios? *Revista Polis e Psiquê*, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 33-51, jan.-abr. 2018.

ROCHA, M. L.; AGUIAR, K. F. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, v. 23, n. 4, p. 64-73, dez. 2003.

ROCHA, M. L. Psicologia e as práticas institucionais: a pesquisa-intervenção em movimento. *Psico*, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. 169-174, maio-ago. 2006.

SALVADOR, P. T. C. O. *et al.* Estratégias de coletas de dados online nas pesquisas qualitativas da área da saúde: scoping review. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 41, jun. 2020.

SLOMP JUNIOR, H. *et al.* Contribuições para uma política de escritura em saúde: o diário cartográfico como ferramenta de pesquisa. *Athenea Digital*, [on-line], v. 20, n. 3, out. 2020. DOI: <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2617>. Disponível em: <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2617>. Acesso em: 31 mar. 2022.

SOUZA, E. M. *Atenção em saúde mental*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2006. 238 p.

TURCI, M. A. (org.). *Avanços e desafios na organização da Atenção Básica à saúde em Belo Horizonte*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2008.

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE)**

CARTA CONVITE

Prezado(a) Sr.(a)

Por meio deste instrumento, venho torná-lo (a) ciente da pesquisa “MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL COM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL: encontros e efeitos no território da Pampulha, em Belo Horizonte – MG” e convidá-lo(a) a participar voluntariamente da mesma.

O objetivo geral da pesquisa é *analisar os efeitos da participação dos profissionais do CERSAM nas reuniões de Matriciamento em saúde mental para a qualificação do cuidado na Atenção Básica, na regional Pampulha de Belo Horizonte, no contexto da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial.*

A produção dos dados será desenvolvida em dois momentos: 1º: Entrevistas para analisar o histórico de implementação do Matriciamento em saúde mental na Regional Pampulha, com destaque para a presença dos profissionais do CERSAM Pampulha; 2º: Grupos Focais para analisar as trocas realizadas entre os profissionais do CERSAM Pampulha, da Equipe de Saúde Mental, Equipes de Saúde da Família, gerentes e Referência Técnica de Saúde Mental a partir das reuniões de Matriciamento e identificar fragilidades/dificultadores e potências/facilitadores desse arranjo para a qualificação do cuidado em saúde mental realizado pelas Equipes de Saúde da Família. Para isso, serão convidados profissionais de três grandes grupos: Atenção Primária (Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Mental), CERSAM Pampulha e Colegiado de Saúde Mental da Pampulha.

Esta é uma pesquisa orientada pela Professora. Dra. Alzira de Oliveira Jorge, Professora Adjunta do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG; coorientada pela Professora. Dra. Claudia Maria Filgueiras Penido, do Departamento de Psicologia Social da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG; e executada pela mestranda Carolina de Sena Sousa. A pesquisa integra atividades do Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG.

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa, por ser trabalhador(a) da Rede de Saúde do Município de Belo Horizonte,

trabalhador(a) ou gestor(a) do serviço da SMSA que compõe a Rede de Atenção do SUS da PBH.

Esta pesquisa pode ter como riscos: a exposição dos dados dos pesquisados, mas sem qualquer informação que identifique quem são estas pessoas; a interferência do pesquisador na dinâmica e acompanhamento dos entrevistados nos serviços de saúde, como alteração de agenda ou participação em reuniões incluindo como pauta o tema da pesquisa; e eventuais efeitos psicológicos nos entrevistados, como angústia ou ansiedade, ao relatarem suas experiências e redes formais e informais de vida. Salientamos, que toda a pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes. Se houver incômodo ou risco identificado pelo entrevistado, a entrevista ou grupo focal será encerrada de modo a minimizar qualquer dano emocional, conforme a Resolução 466/12-CNS, IV.3.b.

Por outro lado, a pesquisa poderá trazer os seguintes benefícios: construção de um panorama amplo de informações sobre o território e o trabalho de Matriciamento em saúde mental realizado na regional especificada; informações que podem se tornar indicadores ou analisadores para o fortalecimento de práticas descentralizadoras em saúde mental ; possibilidade da produção do conhecimento sobre a temática e influência na definição de políticas públicas em saúde mental ; contribuições para a revisão da formulação das Políticas Públicas e consequente potencialização dos efeitos esperados pelas políticas públicas em saúde mental no território; compartilhamento, troca e transferência de tecnologia e conhecimento, favorecendo a participação ativa e crítica dos convidados; possibilidade de construção e aquisição de ferramentas de trabalho por parte dos participantes da pesquisa; e incentivo e estímulo à formação de redes de pesquisa, intercâmbio científico com aproximação entre Rede SUS e UFMG, bem como fomento a estudos sobre o próprio trabalho evidenciando o potencial pedagógico do SUS e dos trabalhadores-pesquisadores.

Salientamos que o trabalhador tem plena liberdade de recusar a participação em qualquer fase da pesquisa, sem penalização. A pesquisa ocorrerá na modalidade presencial ou virtual, conforme todos os protocolos éticos e sanitários previstos pela Secretaria Municipal de Saúde, devido à pandemia da covid-19.

Para isto, é necessário esclarecê-lo (a) em relação a alguns procedimentos:

- Será garantido o acesso, em qualquer etapa do estudo, à orientadora da pesquisa, Alzira de Oliveira Jorge, e a sua equipe, Carolina de Sena Sousa, que pode ser encontrada na sala 818 da Faculdade de Medicina da UFMG, no endereço: Av. Alfredo Balena, nº 190, 8º andar, sala 818,

Santa Efigênia, Belo Horizonte/MG. CEP 30130-100 e telefones 3409 9812/9803/9804 e email:alziraojorge@gmail.com.

- Além disso, em caso de dúvidas éticas, você poderá recorrer aos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições onde esta pesquisa foi aprovada, as quais têm o papel de esclarecê-lo quanto a questões éticas relacionadas ao projeto de pesquisa. Na UFMG, foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG, localizado na Av. Antonio Carlos, n. 6627, Pampulha CEP 31270-901 – Unidade Administrativa II – 2º andar – Sala 2005. Telefone 031 3409 4592. *E-mail*: coep@prpq.ufmg.br. Horário de atendimento: de 09:00 às 11:00 e de 14:00 às 16:00. No âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, o projeto foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, situado à R. Frederico Bracher Júnior, 103, 3º andar - sala 02 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte/MG. CEP 30.720-000. Telefone: (031)3277- 5309. Todos estes Comitês podem ser acionados, caso se considere necessário.
- Nossos encontros presenciais ou virtuais para a realização de entrevistas e grupos focais poderão, caso tenha sua autorização, ser áudio-gravados ou filmados para garantir a reprodução fidedigna das suas opiniões sobre as questões perguntadas/discutidas apenas para utilização na pesquisa. Todo o material produzido na pesquisa estará sob a guarda da pesquisadora responsável por um período de 5 (cinco) anos em local seguro da Faculdade de Medicina da UFMG. Antes de iniciar a gravação e/ou a filmagem, você será questionado se concorda com este procedimento. O material produzido na pesquisa (áudios, vídeos, reproduções) será destruído após os cinco anos de armazenamento.
- O tempo de duração das entrevistas e grupos focais será em torno de 1 (uma) hora, podendo variar para mais ou para menos, conforme dinâmica, disponibilidade e interação dos participantes acerca do tema.
- Serão garantidos aos participantes anonimato, privacidade e sigilo absoluto em relação às informações e declarações prestadas verbalmente e/ou por escrito antes, durante e depois da realização da pesquisa.
- As informações obtidas não serão utilizadas em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de autoestima, prestígio e/ou econômico-financeiros. Todos os procedimentos para a coleta dos dados neste estudo não serão invasivos sob o aspecto físico e se farão respeitando a dignidade da pessoa humana. Da mesma forma, nos responsabilizamos pela redução de quaisquer desconfortos ou riscos que possam haver com a entrevista, observação ou outro instrumento adotado no estudo.
- Será garantida a liberdade de interromper a pesquisa a qualquer momento, sem prejuízos para o participante.

- Não existirão despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.
- Nos comprometemos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa, e os resultados serão veiculados por meio de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos, sem nunca tornar possível a sua identificação.
- Concluída a pesquisa, seus resultados serão divulgados e ficarão acessíveis a qualquer pessoa.
- Os benefícios da pesquisa se referem à possibilidade de realizarmos uma construção conjunta de um processo de investigação da produção do cuidado em saúde mental, tomando como base o aprimoramento da qualidade dos processos de trabalho para melhor atendimento aos portadores de sofrimento mental e busca de resultados sanitários dos serviços de saúde envolvidos.
- Caso participe, em qualquer momento você poderá pedir informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa, bem como sair desta e não permitir a utilização de seus dados, sem prejuízo algum.

Agradecendo sua colaboração, solicitamos, ainda, a declaração de seu consentimento livre e esclarecido neste documento. Você (o participante) e o pesquisador assinarão duas vias iguais, ficando uma com o participante e a outra com o pesquisador. A coordenadora da pesquisa ou o COEP UFMG (ou ainda os outros Comitês acima referidos) poderão ser contatados a qualquer momento em caso de dúvidas ou esclarecimentos necessários.

Atenciosamente,

Alzira de Oliveira Jorge
Coordenadora pesquisa MG

*Eu, _____,
portador do documento de identidade _____,
declaro que concordo em participar da pesquisa. Acredito ter sido
suficientemente informado a respeito dos objetivos, métodos, riscos e
benefícios da pesquisa “MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL COM UM
CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL: encontros e efeitos no
território da Pampulha, em Belo Horizonte – MG” de maneira clara e
detalhada e esclareci minhas dúvidas. Eu discuti com o
coordenador/pesquisador sobre a minha decisão em participar deste estudo.
Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os*

procedimentos a serem realizados e as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Concordo, voluntariamente, em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante este, sem penalidades ou prejuízo.

Hoje participarei da(o): () Entrevista () Grupo Focal

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2021.

Data _____ / _____ / _____

Assinatura do informante

Nome:

Endereço:

RG:

Fone: ()

Data _____ / _____ / _____

Assinatura do(a) pesquisador(a)

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM GESTORES

1. Identificação: nome, profissão, local de trabalho e cargo em 2015 e hoje.
2. Para você, o que vem a ser Matriciamento em saúde mental?
3. Sobre a presença mensal e regular do CERSAM Pampulha nas reuniões de Matriciamento em saúde mental em todos os Centros de Saúde do território de abrangência a partir de 2015, o que você sabe dizer sobre esse início e sua implementação?
 - Resgate histórico contextual;
 - Importância/Relevância desse arranjo organizacional para os serviços, para a rede da Pampulha, para a política de saúde mental de Belo Horizonte, para a Reforma Psiquiátrica Brasileira Antimanicomial;
 - Facilitadores/potências da implementação;
 - Dificultadores/limites da implementação;
 - Fatores de sustentação/manutenção desta prática nesses 5 anos;
 - Há mais alguma coisa que gostaria de abordar sobre essa temática?

APÊNDICE C – ROTEIRO PARA GRUPOS FOCAIS

Pergunta disparadora: Gostaríamos que falassem um pouco sobre a vivência e a percepção de vocês, desde 2015 até os dias atuais, em relação aos efeitos da participação regular do CERSAM Pampulha nas reuniões de Matriciamento em saúde mental realizadas entre as eSF e a ESM - esse arranjo particular da regional Pampulha.

1. Atenção Básica (eSF e ESM)

- Nesse percurso de quase 6 anos, quais são os efeitos percebidos dessa experiência sobre a qualidade do cuidado prestado ao portador de sofrimento mental pela ESF? Exemplos.
- Como se dão os encontros, as trocas e as relações entre os participantes?
- Vocês identificam pontos positivos/facilitadores na participação do CERSAM nas reuniões de Matriciamento? Se sim, quais?
- Vocês identificam fragilidades/limites nessa participação do CERSAM no Matriciamento? Se sim, quais?
- Reconhecem as reuniões como espaço de educação permanente?
- O que vocês têm a dizer sobre o compartilhamento ou cogestão do cuidado?
- Vocês observam se houve efeitos sobre a resolutividade do cuidado? Houve mudança no modo e no número de encaminhamentos para o CERSAM?
- Vocês observam alguma mudança na integração da rede após a entrada do CERSAM no Matriciamento?
- Que outras estratégias poderiam auxiliar na melhoria do cuidado ao portador de sofrimento mental na Atenção Básica?
- Há mais alguma coisa que gostariam de abordar sobre essa temática?

2. CERSAM Pampulha – Trabalhadores

- Nesse percurso de quase 6 anos, quais são os efeitos percebidos dessa experiência sobre a qualidade do cuidado prestado ao portador de sofrimento mental pela ESF? Exemplos.
- Como se dão os encontros, as trocas e as relações entre os participantes?
- Vocês identificam pontos positivos/facilitadores na participação do CERSAM nas reuniões de Matriciamento? Se sim, quais?
- Vocês identificam fragilidades/limites nessa participação do CERSAM no Matriciamento? Se sim, quais?
- Reconhecem as reuniões como espaço de educação permanente?
- O que vocês têm a dizer sobre o compartilhamento ou cogestão do cuidado?
- Vocês observam se houve efeitos sobre a resolutividade do cuidado? Houve mudança no modo e no número de encaminhamentos para o CERSAM?
- Vocês observam alguma mudança na integração da rede após a entrada do CERSAM no Matriciamento?
- Que outras estratégias poderiam auxiliar na melhoria do cuidado ao portador de sofrimento mental na Atenção Básica?
- Há mais alguma coisa que gostariam de abordar sobre essa temática?

3. Colegiado Saúde Mental Pampulha

- Nesse percurso de quase 6 anos, quais são os efeitos percebidos dessa experiência sobre a qualidade do cuidado prestado ao portador de sofrimento mental pela ESF? Exemplos.
- Como se dão os encontros, as trocas e as relações entre os participantes?

- Vocês identificam pontos positivos/facilitadores na participação do CERSAM nas reuniões de Matriciamento? Se sim, quais?
- Vocês identificam fragilidades/limites nessa participação do CERSAM no Matriciamento? Se sim, quais?
- Reconhecem as reuniões como espaço de educação permanente?
- O que vocês têm a dizer sobre o compartilhamento ou cogestão do cuidado?
- Vocês observam se houve efeitos sobre a resolutividade do cuidado? Houve mudança no modo e no número de encaminhamentos para o CERSAM?
- Vocês observam alguma mudança na integração da rede após a entrada do CERSAM no Matriciamento?
- Que outras estratégias poderiam auxiliar na melhoria do cuidado ao portador de sofrimento mental na Atenção Básica?
- Há mais alguma coisa que gostariam de abordar sobre essa temática?

ANEXO 1 – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

1. Identificação dos membros do grupo de pesquisa

| Nome completo (sem abreviação) | RG | Assinatura |
|---------------------------------|--------------|------------|
| Carolina de Sena Sousa | M-8.957.558 | |
| Alzira de Oliveira Jorge | MG-2.172.062 | |
| Claudia Maria Filgueiras Penido | M-3.884.653 | |

2. Identificação da pesquisa

- a) Título do Projeto: MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL COM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL: encontros e efeitos no território da Pampulha, em Belo Horizonte – MG
- b) Departamento/Faculdade/Curso: DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG - MESTRADO PROFISSIONAL DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA
- c) Pesquisador Responsável: CAROLINA DE SENA SOUSA.

3. Descrição dos Dados

Os dados serão coletados somente após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (CEP-UFMG) e pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (CEP-SMSA-PBH). São dados tais como: planilhas, tabelas, cadernos, atas, documentos de prontuários e demais dados referentes à saúde e à prática de Matriciamento em saúde mental na Pampulha registrados no período de 2015 a 2021.

Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado. Para dúvidas de aspecto ético, pode ser contactado o Comitê

de Ética em Pesquisa da UFMG (CEP/UFMG): Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG - CEP 31270-901 Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala: 2005, Telefone: (031) 3409-4592 - E-mail: coep@prpq.ufmg.br. E em relação ao projeto, favor contactar a Carolina de Sena Sousa, pesquisadora responsável, (31) 99494.0500 ou carolsenasousa@yahoo.com.br; e a Alzira de Oliveira Jorge, sua orientadora, (31) 99911.6866 ou alzira.o.jorge@gmail.com.

4. Declaração dos pesquisadores

Os pesquisadores envolvidos no projeto se comprometem a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos dos bancos de dados da SMSA, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam a Resolução 466/12 e suas complementares, do Conselho Nacional de Saúde.

Declaramos entender que a integridade das informações e a garantia da confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas estão sob nossa responsabilidade. Também declaramos que não repassaremos os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para este projeto. Todo e qualquer outro uso que venha a ser planejado, será objeto de novo projeto de pesquisa, que será submetido à apreciação do CEP UFMG.

Devido à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os sujeitos, assinaremos esse Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados, para a salvaguarda dos direitos dos participantes.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2021.

| Nome completo (sem abreviação) | Assinatura |
|--------------------------------|------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

5. Autorização da Instituição

Declaramos, para os devidos fins, que cederemos aos pesquisadores apresentados neste termo o acesso aos dados solicitados para serem utilizados nesta pesquisa.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora e dos membros do grupo de pesquisa aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se estes a utilizar os dados dos participantes da pesquisa exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados, a pesquisadora deverá apresentar o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2021.

(Nome legível/assinatura e carimbo do responsável pela anuência da
Instituição)

Cassia Carem Paiva Fontainha