

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

**O Apoio Matricial em saúde mental no SUS de Belo Horizonte na
perspectiva dos trabalhadores**

Natália Freitas Dantas

Belo Horizonte

2014

NATÁLIA FREITAS DANTAS

**O Apoio Matricial em saúde mental no SUS de Belo Horizonte na
perspectiva dos trabalhadores**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia social.

Linha de pesquisa: Cultura e subjetividade.

Orientadora: Profa. Dra. Izabel Cristina Friche Passos

Belo Horizonte
2014

Dedico este trabalho à minha família pelo apoio e compreensão de sempre

AGRADECIMENTOS

De todo o trabalho árduo de escrita, considero que preencher a página dos agradecimentos seja das tarefas mais prazerosas. Muitos foram os que contribuíram de forma direta e indireta para a construção deste trabalho. Afinal, como diria o poeta: “Sonho que se sonha junto é realidade”.

Agradeço a Deus por ser essa presença tão sublime em minha vida, orientando meus passos e me enchendo de bom ânimo.

Agradeço aos meus pais que apoiaram, mesmo em meio a lágrimas, minha “aventura” de sair do seio familiar para desbravar mares desconhecidos em Belo Horizonte. Agradeço por estarem ao meu lado em todos os momentos.

Agradeço ao Thiago, meu parceiro de todas as horas, minha inspiração e motivação para seguir em busca de sonhos que pareceriam distantes e se tornaram tão reais

Agradeço aos meus irmãos, Nádia e Tales, que abdicaram da minha presença física ao seu lado, em Fortaleza, e me inspiraram, sem titubear, a seguir o sonho e o desejo de *ser mais* onde quer que fosse.

Agradeço à minha orientadora, Izabel Passos, pela confiança que depositou em mim e pelo estímulo à coragem para não desistir, mesmo diante das dificuldades muitas vezes encontradas no caminho.

Agradeço aos meus amigos de mestrado, especialmente Gilsiane Braga, pela presença constante e pelo apoio nos momentos de dúvida e desânimo.

Agradeço aos amigos de Fortaleza, João Romário, Bruna Sales, Larissa Rogério, Allan Denizard, por vibrarem e torcerem ao meu lado.

Agradeço aos amigos de Belo Horizonte, Débora Leito, Paulo Parussolo, Américo André, Julio Corradi, Sheila Passos, Cintia Rodrigues, André Crispim, que me acolheram como família.

Enfim, agradeço a todos que contribuíram com esta empreitada maravilhosa que foi participar do programa de mestrado e estudar um tema que me é tão caro, Apoio Matricial.

E aprendi que se depende sempre
De tanta, muita, diferente gente
Toda pessoa sempre é as marcas
Das lições diárias de outras tantas pessoas

E é tão bonito quando a gente entende
Que a gente é tanta gente onde quer que a gente vá
E é tão bonito quando a gente sente
Que nunca está sozinho por mais que pense estar

É tão bonito quando a gente pisa firme
Nessas linhas que estão nas palmas de nossas mãos
É tão bonito quando a gente vai à vida
Nos caminhos onde bate, bem mais forte o coração

Gonzaguinha

RESUMO

Dantas, N. F. (2014). *O trabalho do psicólogo na estratégia do Apoio Matricial: Análise da experiência de Belo Horizonte*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Apoio Matricial é uma estratégia adotada pelo Ministério da Saúde (Brasil 2004a) a fim de aumentar a capacidade resolutiva da Atenção Primária, além de organizar os fluxos, articular os diversos níveis de atenção, enfatizado a importância do processo dialógico no trabalho em saúde tanto no nível individual, como no coletivo, bem como facilitando a integração das práticas de cuidado em nível ampliado de atuação. Campos e Domitti (2007) conceituam esta nova proposta afirmando que o Apoio Matricial objetiva “assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. (...) Pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico pedagógico às equipes de referência.” (p.399-400). Atrelado a isso, percebe-se a discussão da Reforma Psiquiátrica trazendo a relevância de se trabalhar a saúde mental na Atenção Primária, responsável pelos cuidados básicos de saúde, mais próximos da realidade de vida dos usuários. Nessa perspectiva, o Apoio Matricial surge como proposta para articular os cuidados em saúde mental à Atenção Básica, tendo em vista que os processos de cuidado que não afaste o usuário de seu território. Diante do exposto, esta pesquisa tem, portanto, o objetivo primário de compreender como o Apoio Matricial em saúde mental vem sendo desenvolvido pelos psicólogos que exercem esta função junto à Atenção Primária em Saúde na experiência da cidade de Belo Horizonte. O interesse em estudar os psicólogos parte da reconhecida presença desses profissionais no bojo das discussões nas lutas e debates para a transformação da política de saúde mental. Para tanto, os objetivos secundários foram: 1) conhecer o histórico de implementação da saúde mental e o Apoio Matricial em Saúde Mental e sua articulação com a Atenção Primária no sistema de saúde de Belo Horizonte; 2) conhecer o processo de criação das equipes de matriciamento no contexto da referida cidade; 3) analisar a percepção dos psicólogos acerca de seu papel de apoiador matricial; 4) descrever as práticas concernentes ao trabalho do psicólogo apoiador. A pesquisa foi de caráter qualitativo, utilizando como instrumentos entrevista semiestruturada individual com cinco psicólogos envolvidos com o Apoio Matricial em saúde mental e dois representantes do nível gerencial da rede de saúde mental de Belo Horizonte, além de observação-participante a três reuniões de Apoio Matricial. A análise dos dados coletados se deu através da análise de conteúdo. Nas reflexões finais, percebe-se que apesar das tensões e desafios apresentados, o Apoio Matricial foi percebido como potente no trabalho da saúde mental na Atenção Primária e tem tentado transformar a relação de trabalho nas unidades básicas de saúde no sentido da corresponsabilização e do trabalho integrado entre as equipes. Apesar disso, ainda é preciso avançar no tocante à construção do projeto terapêutico, ampliando o escopo de intervenções para além do atendimento clínico-individual, incluindo a perspectiva do trabalho com grupos e coletivos, bem como na perspectiva do território. Além disso, é importante também avançar no que se refere à corresponsabilização, à formação de redes, e ao apoio institucional.

Palavras-chave: Apoio Matricial, Saúde Mental e Atenção Primária em Saúde.

ABSTRACT

Dantas, N. F. (2014). *The psychologist in the Matrix Support Strategy: Analysis of the experience of Belo Horizonte*. Dissertation, Dissertation, Faculty of Philosophy and Human Sciences, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte.

Support Matrix is a strategy adopted by the Ministry of Health (Brazil 2004a) in order to increase the response capacity of Primary Care and organizing flows, articulate the various levels of care, emphasized the importance of the dialogic process in health work in both individually, and collectively, as well as facilitating the integration of care practices in larger level of activity. Fields and Domitti (2007) conceptualize this new proposal stating that the Matrix Support aims "to provide specialized defense teams and professionals responsible for the care of health problems. (...) Aims to provide both backup care as pedagogical technical support teams to reference. "(P.399-400). Coupled to this, we see the discussion of the Psychiatric Reform bringing the relevance of mental health work in Primary Care, responsible for basic health care, closer to the reality of life for users. In this perspective, the Matrix Support emerges as a proposal for joint care in the primary care mental health, given that the processes of care that you do not walk away from their territory. Given the above, this research therefore has the primary aim of understanding how the matrix support in mental health has been appropriated by psychologists who perform this function with the Primary Health Care experience in the city of Belo Horizonte. The interest in studying psychologists is about the recognized presence of these professionals in the wake of the discussions and debates in the struggles for the transformation of mental health policy. For both, the secondary objectives were: 1) know the history of implementation of mental health and the Mental Health Support Matrix and its linkages with primary care in the health system of Belo Horizonte; 2) know the process of creating teams matricial studied in the context of that city; 3) analyze the perception of psychologists about their role as supporter matrix; 4) describe the practices concerning the work of psychologist supporter. The research was qualitative, using instruments such as semistructured interviews with five individual psychologists involved with the matrix support in mental health and two representatives from the managerial level of the mental health of the municipality of Belo Horizonte network, and participant observation at three meetings matrix support. The analysis of data was collected through content analysis. In the final reflection, one realizes that despite the tensions and challenges, the Matrix Support was perceived as a powerful work of mental health in primary care and has tried to transform the employment relationship in basic health units in the sense of co-responsibility and work integrated between the teams. Nevertheless, it is still necessary to advance as regards the construction of the treatment plan, expanding the scope of interventions beyond the individual clinical care, including the prospect of working with groups and collectives, as well as the perspective of the territory. Moreover, it is also important advance in regard to co-responsibility, the formation of networks, and institutional support.

Keywords: Matrix Support, Mental Health and Primary Health Care

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM – Apoio Matricial

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária em Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEM - Centro de Especialidades Médicas

CERSAM – Centro de Referência em Saúde Mental

CERSAMad – Centro de Referência em Saúde Mental álcool e outras drogas

CERSAMi – Centro de Referência em Saúde Mental Infantil

eSF – Equipe de Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

ESM – Equipe de Saúde Mental

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NASF-R – Núcleos de Apoio a Saúde da Família – Reabilitação

PACS – Programa do Agente Comunitário de Saúde

PISAM – Programa Integrado de Saúde Mental

PSF – Programa Saúde da Família

PTS – Projeto Terapêutico Singular

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TOC – Transtorno Obsessivo Compulsivo

SF – Saúde da Família

SM – Saúde Mental

SRT – Serviço de Residência Terapêutica

SUP – Serviço de Urgência Psiquiátrica

SUS – Sistema Único de Saúde

SUS-BH – Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte

TAE - Tentativa de Auto-Extermínio.

TDAH - Transtorno de Déficit de Aprendizagem e Hiperatividade

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1: REFLEXÃO SOBRE APOIO MATRICIAL NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE.....	22
1.1 As recentes transformações na política nacional de saúde.....	22
1.2 Apoio Matricial: novas perspectivas em saúde mental.....	29
CAPÍTULO 2: POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DE BELO HORIZONTE: COMPREENDENDO A EQUIPE DE SAÚDE MENTAL ATRAVÉS DA HISTÓRIA DA POLÍTICA	45
CAPÍTULO 3: APRESENTAÇÃO DA METODOLOGIA DE PESQUISA	18
CAPÍTULO 4: OS PROFISSIONAIS E SUAS PERCEPÇÕES: ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA	61
4.1 História de surgimento da estratégia de Apoio Matricial em Belo Horizonte.....	62
4.2 Composição da Equipe de Saúde Mental.....	65
4.3 Funcionamento da reunião de matriciamento.....	66
4.3.1 Reunião de matriciamento em foco: percepções da observação-participante	
4.4 Integração com equipe Saúde da Família/potencialidades e desafios.....	75
4.5 Rotina do Psicólogo da Equipe de Saúde Mental.....	78
4.6 Fluxo para os atendimentos individuais.....	82
4.7 Trabalho do psicólogo enquanto apoiador matricial em saúde mental.....	85
4.8 Apoio Matricial e Trabalho em Rede.....	88
4.9 Relação entre Equipe de Saúde Mental e NASF.....	92
4.10 Desafios do Apoio Matricial.....	95
4.11 Efetividade do Apoio Matricial.....	98
CAPÍTULO 5: CONSIDERAÇÕES SOBRE A IMPLANTAÇÃO DO MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL EM BELO HORIZONTE.....	101
CONSIDERAÇÕES FINAIS	113

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	116
APÊNDICES	121
APÊNDICE A.....	121
APÊNDICE B	123
APÊNDICE C	124
ANEXOS	125
ANEXO A	125
ANEXO B	127

INTRODUÇÃO

Para iniciar este estudo, torna-se importante apresentar um pouco a história da pesquisadora com a Saúde Pública, pois isso reflete a relevância e o envolvimento da mesma para a concretização do referido estudo. Para tanto, permitir-se-á certa licença acadêmica para fazer esta apresentação em primeira pessoa, saindo um pouco da impessoalidade da terceira que guiará todo o escrito apresentado.

Em 2009, entrei no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade em Fortaleza, minha cidade-natal. Este primeiro contato com o SUS através de uma especialização no formato ensino-serviço foi extremamente importante na minha formação, visto que a saúde pública estava sendo vivida e refletida em um processo contínuo de formação em serviço.

Sobre o programa, eram 66 residentes, de 11 categorias profissionais, quais sejam psicologia, serviço social, terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina veterinária, enfermagem, odontologia, educação física, farmácia e nutrição, agrupados em equipes multiprofissionais e distribuídos em centros de saúde das seis regionais de saúde do município. O objetivo era que o trabalho fosse desenvolvido na perspectiva do Apoio Matricial às equipes de Saúde da Família, oferecendo retaguarda técnico-assistencial e pedagógica às referidas equipes, potencializando o trabalho da Atenção Primária. Foi a partir disso que surgiu o interesse em estudar Apoio Matricial, pois todo o processo da residência esteve voltado para a implantação dessa estratégia como nova proposta do SUS de trabalho na Atenção Primária em Saúde (APS).

Tal experiência foi bastante marcante, pois, como todo processo de implantação de um novo programa, percebem-se mais nitidamente os desafios e as potencialidades deste tipo de trabalho. Através da experiência do referido programa, foi possível criar uma proposta de Apoio Matricial nas unidades de Saúde da Família envolvidas, de modo a desenvolver trabalhos conjuntos com os profissionais, tanto no nível do atendimento compartilhado, como de visitas domiciliares compartilhadas, fortalecimento de grupos já existentes nas unidades e apoio ao trabalho da unidade de saúde como um todo. Em suma, percebeu-se a relevância da inserção de outras categorias profissionais na Atenção Primária.

A psicologia teve uma caminhada peculiar, visto que era a primeira vez que esta categoria adentrava as unidades básicas de saúde, através do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), e a demanda reprimida de saúde mental começou a aparecer na Atenção Primária. Nesse caso, o Apoio Matricial foi bastante relevante, pois organizou o fluxo da categoria na Atenção Primária, na medida em que sabíamos que não éramos porta de entrada, mas apoio às equipes de Saúde da Família. Sendo assim, estabelecemos que, na condição de apoio, as práticas seriam direcionadas aos usuários atendidos primeiramente pelas equipes de Saúde da Família, visto que elas têm a responsabilidade sanitária longitudinal e contínua sobre cada paciente de seu território.

É interessante ressaltar também o papel pedagógico do matriciamento, já que, com o passar do tempo, os profissionais da Saúde da Família começavam a entender a consulta psicológica, criando seus próprios recursos para lidar com os pacientes de saúde mental, desmistificando algumas visões e entendendo que o usuário necessita ser visto como um todo, na sua integralidade.

Diante disso, nos inserimos nas atividades coletivas com o objetivo de potencializar os grupos já existentes nas unidades de saúde e fortalecer aqueles profissionais encarregados pela realização da atividade. Assim, descobrimos o primeiro campo fértil da psicologia: grupos! Participamos do grupo de idosos, grupo de gestantes e grupo de saúde mental. Este último já existia no posto há pelo menos três anos e estava voltado para a metodologia da Terapia Comunitária. Com a nossa entrada, o grupo ganhou novas metodologias, uma frequência maior (passou de mensal a semanal) e o investimento na divulgação tanto dentro, quanto fora do posto, a fim de que as pessoas vissem aquele espaço como um lugar de acolhimento e encontro. O grupo com usuários era formado por médico de família, agente comunitário de saúde, psicólogos, assistente social e comunidade.

Além disso, criamos grupos de adolescentes para trabalhar com o público mais vulnerável nessas comunidades, e os que menos chegam ao posto de saúde. Trabalhamos temáticas como violência, família, drogas, sexualidade e montamos, inclusive, um projeto de fotografia em que os participantes saíam na comunidade para retratar o seu olhar sobre o bairro.

No âmbito individual, nosso maior desafio foi encontrar a linha tênue entre a clínica e a comunidade, tendo a Atenção Primária como pano de fundo para este cenário. Neste contexto, o Apoio Matricial nos surgiu como uma importante ferramenta para a orientação do

papel da psicologia. Na condição de núcleo de apoio, nossa função seria dar suporte técnico e pedagógico às equipes de Saúde da Família no intuito de introduzir mais um saber ao cuidado dos pacientes. Dessa forma, a psicologia encontrou uma forma muito significativa do trabalho que orientou tanto o fluxo quanto o formato do cuidado individualizado. Foi assim que surgiram as consultas conjuntas, a discussão de casos, as visitas domiciliares conjuntas, a construção do projeto terapêutico singular e o apoio institucional.

Além disso, criamos estratégias para os atendimentos individuais de psicologia, afinal, existiam muitos casos em que havia essa necessidade e a rede de atenção secundária ainda carece de mais recursos. Para tanto, denominamos estes atendimentos de “breves” e “focais”, não havendo nenhuma relação conceitual direta entre este termo e a abordagem da Psicoterapia Breve. O termo “focal” estabelece que é necessário observar o problema/queixa do paciente e trabalhar em cima dela, sem aprofundar verticalmente quando disso não houver necessidade. E “breve” remete ao curto espaço de tempo que nos era possível permanecer acompanhando aquele caso. A princípio, acertávamos 4 atendimentos com o paciente. Passado esse período, analisaríamos os possíveis encaminhamentos.

Com esta organização, conseguimos reduzir drasticamente a quantidade de encaminhamentos para o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), visto que a maioria esmagadora dos usuários não se enquadrava no perfil deste serviço, voltado para casos graves e persistentes de transtorno mental. A maior parte dos atendimentos girava em torno dos transtornos mentais comuns, quais sejam depressão leve a moderada, ansiedades (pânico, TOC, ansiedades leves), além dos conflitos familiares e da violência na comunidade, questões que poderiam ser resolvidas na Atenção Primária de forma territorializada, sem a necessidade de deslocá-los para outra unidade, distante do seu território de residência.

Esta experiência de implantação do Apoio Matricial no programa de Residência Multiprofissional gerou inúmeras reflexões, bem como a vontade de estudar e aprofundar alguns conceitos. A partir daí, veio a possibilidade de conhecer e adentrar nova realidade de saúde pública no contexto de Minas Gerais, mais especificamente, a cidade de Belo Horizonte. O interesse de estudar Belo Horizonte surgiu pelo fato de a cidade ser reconhecida nacionalmente como referência no âmbito de práticas e estudos sobre a saúde mental, com experiências exitosas no Movimento de Luta Antimanicomial, foco que eu gostaria de dar à minha formação.

Diante de uma constatação inicial de que se tratava de duas experiências muito diferentes de implantação da mesma estratégia nacional de Apoio Matricial (AM), Fortaleza e Belo Horizonte – com diferenças igualmente significativas nas formas de inserção do psicólogo nas equipes –, ocorreu-me a curiosidade de compreender melhor o processo belorizontino. Esta pesquisa não tem a pretensão de realizar um estudo comparativo, que poderá vir a ser objeto de futuros trabalhos, pretende exclusivamente compreender a experiência de Belo Horizonte, uma capital vista como referência nacional no âmbito da saúde mental.

A criação das equipes de Apoio Matricial para trabalhar na Atenção Primária em Saúde merece destaque como um momento de importantes mudanças nos processos de trabalho interdisciplinar. Diante disso, torna-se relevante estudar a forma como este processo vem ocorrendo e os mecanismos de trabalho criados a partir da interação entre os diversos profissionais para dar conta da demanda de saúde, e, neste caso, mais especificamente de saúde mental, em uma perspectiva de cuidado ampliada e próxima da vida dos sujeitos.

Para se discutir a inserção do psicólogo e a relação que estabelece com os demais profissionais neste novo contexto, torna-se importante compreender como a estratégia do Apoio Matricial, que se tornou uma diretriz do Ministério da Saúde para o trabalho na Atenção Primária, está sendo apreendida e desenvolvida na realidade a ser estudada, a fim de perceber o desenho organizativo da saúde na região, bem como sua relevância para a conjuntura local de saúde. Portanto, embora este trabalho não pretenda realizar uma análise da estratégia de AM em si mesma, terá de tecer considerações gerais sobre o modo como tem sido implantada na realidade local estudada.

A psicologia insere-se neste contexto ocupando lugar demarcado nestas equipes multiprofissionais, voltando-se mais especificamente para a problemática da saúde mental. No entanto, a entrada dessa categoria profissional mais diretamente nas Políticas Públicas em saúde apresenta caminhos e percalços coerentes com a trajetória histórica da profissão. Observando essa trajetória, percebe-se que a categoria esteve tradicionalmente ligada ao trabalho clínico individual, focado na cura e na reabilitação de “doenças”, trabalhando sujeitos muitas vezes sem considerar seus contextos de vida. A partir da década de 1980, como relata Ferreira Neto (2011), com o final do regime militar, o início da construção de um estado democrático e a Constituição Cidadã, o campo das políticas públicas se tornou grande contratador de “trabalhadores sociais”, entre os quais estão, em grande número, os psicólogos. Hoje se percebe o deslocamento de um modelo centrado na clínica, individual e privatista, para a condição de

trabalhador social no campo das políticas públicas, em especial, o campo da saúde coletiva, compondo uma equipe interdisciplinar. Neste sentido, o referido autor ainda destaca que “a psicologia é hoje, reconhecidamente, uma das profissões da área da saúde, sendo o SUS o maior contratante de sua força de trabalho.” (Ferreira-Neto, 2011, pp. 98).

A perspectiva do Apoio Matricial instaura um novo modelo de trabalho que visa principalmente à atuação conjunta com outros saberes, invertendo a lógica do encaminhamento e trabalhando em todos os níveis de cuidado: promoção, prevenção, cura e reabilitação. A estratégia do Apoio substitui o “especialismo” profissional, que fragmenta o cuidado, pelo trabalho colaborativo entre os diversos núcleos de saber em consonância com o princípio da integralidade do SUS.

Além disso, a Atenção Primária em Saúde exige novos formatos de cuidado para os sujeitos em sofrimento, bastante imbricados nos modos de vida comunitário, o que exige atuações voltadas para o âmbito coletivo, contextualizadas na vida dos sujeitos/usuários dos serviços de saúde. Assim, a Unidade Básica de Saúde torna-se fundamental para o trabalho integrado com o serviço de saúde mental, visto que é na unidade de saúde que os usuários estão referenciados; é a equipe de saúde que acompanha continuamente as famílias, tendo responsabilidade sanitária por determinado território; e esta equipe tem várias possibilidades de atuar sobre os agravos em saúde aos quais a comunidade está exposta, sendo o transtorno mental um deles.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2005), em torno de 3% da população tem transtornos mentais severos e persistentes, necessitando de cuidados contínuos ao longo do tempo. Somando-se a essa estatística, 10 a 12% têm transtornos leves que requerem cuidados em saúde mental, não necessariamente contínuos e intensos. Isso reforça a necessidade de uma rede ampla de cuidados integrados que supra a demanda em todos os níveis de atenção, especialmente, na Atenção Primária.

Dessa forma, percebe-se que a estratégia do Apoio Matricial e a incorporação da Atenção Primária em Saúde na rede de atenção em Saúde Mental são importantes para os avanços da Reforma Psiquiátrica, visto ser necessário estender os cuidados em saúde mental para todos os níveis de assistência. Diante da insegurança das equipes mínimas em dar conta da demanda de saúde mental, principalmente dos casos mais graves, o Apoio Matricial vem dar

suporte técnico para esses profissionais, bem como fortalecer a efetivação da clínica ampliada que, segundo o Ministério da Saúde, é:

um compromisso radical com o sujeito doente, visto de modo singular; assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar ajuda em outros setores, ao que se dá nome de intersetorialidade; reconhecer os limites dos conhecimentos dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas e buscar outros conhecimentos em diferentes setores; assumir um compromisso ético profundo. (Brasil, 2008, p. 12, 13)

A clínica ampliada, como apresentada na definição acima, está intimamente ligada aos preceitos do Apoio Matricial, visto ser esta uma das possibilidades de trabalho dos apoiadores a fim de ampliar o olhar sobre o processo saúde-doença.

A presente pesquisa foi realizada junto aos psicólogos das equipes de saúde mental da Atenção Básica no município de Belo Horizonte, por serem estes os profissionais envolvidos com o Apoio Matricial em saúde mental da rede de saúde do referido município. Além dos psicólogos, alguns gestores também foram ouvidos a fim de compreender a percepção em nível gerencial desse processo. A coleta de dados realizou-se através de entrevistas semiestruturadas e de observação-participante de algumas reuniões de matriciamento em que a perspectiva do Apoio foi colocada em foco.

O primeiro capítulo disserta sobre o Apoio Matricial na política pública de saúde do país. Nele será apresentado o conceito de AM estudado, bem como suas características e formatos de trabalho. É feita uma breve discussão sobre a Estratégia Saúde da Família devido a sua relevância junto ao trabalho do apoiador matricial, e também da reforma psiquiátrica no Brasil, visto que a saúde mental é o recorte prioritário deste trabalho.

O segundo capítulo faz uma apresentação mais detalhada da rede de saúde mental de Belo Horizonte, com destaque para o trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde mental da Atenção Primária da cidade, uma vez que são o foco do trabalho. O capítulo visa a levar o leitor a imergir na saúde mental da capital mineira a fim de perceber a organização e o funcionamento dos serviços que compõem a rede.

O terceiro capítulo faz uma apresentação breve dos objetivos da pesquisa, bem como da metodologia utilizada. Apresenta também uma tabela com os dados dos entrevistados para facilitar a compreensão do leitor sobre as falas dos entrevistados.

O quarto capítulo traz os dados da pesquisa em si, apresentando a percepção dos profissionais entrevistados sobre o trabalho desenvolvido junto ao Apoio Matricial. Os aspectos observados são apresentados a partir dos dados coletados nas entrevistas e na observação-participante.

O quinto capítulo faz um apanhado analítico geral das percepções encontradas, apontando os momentos de aproximação e afastamento da realidade estudada com os preceitos do Apoio Matricial.

Por último, são feitas considerações finais que trazem um resumo dos resultados encontrados como fechamento do trabalho, apontando os principais desafios e perspectivas para o trabalho do apoiador.

CAPÍTULO 1: REFLEXÃO SOBRE APOIO MATRICIAL NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

1.1 As recentes transformações na política nacional de saúde.

A partir da segunda metade dos anos 80 surge, no Brasil, um movimento de transformação da saúde mental que passa por significativas mudanças, caracterizadas pela criação de novos espaços e serviços para dar conta dessa demanda nas instituições públicas. Cria-se, assim, o movimento da reforma psiquiátrica brasileira. Amarante (1995) considera a reforma psiquiátrica como um processo histórico de formulação crítica e prática com objetivo de fazer questionamentos, elaborar propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, este movimento ganha força a partir do processo de redemocratização do país, por volta da década de 1970.

A entrada da psicologia no campo da Saúde Pública esteve bastante ligada às lutas sociais pela Reforma Psiquiátrica com a criação do campo da saúde mental, atualmente apropriado principalmente pelos profissionais da psicologia e psiquiatria. (Silva, 1992 Lo Bianco, Bastos, Nunes e Silva, 1994; Dimenisten, 1998; Ferreira Neto, 2004, citado em Ferreira Neto, 2011).

A reforma psiquiátrica teve relação com a reforma sanitária, tendo ambas, segundo Ferreira Neto (2011), caminhado entre momentos de conjunção e de disjunção. Inicialmente, a origem dos movimentos é disjunta, sendo que a sanitária precede à psiquiátrica. Na década de 1980 acontece uma primeira conjunção através da “tática de ocupação de espaços públicos de poder e de tomada de decisão, como forma de introduzir mudanças no sistema de saúde” (Amarante, 1995, p. 95). No entanto, nova disjunção acontece com o advento da primeira Conferência de Saúde Mental. Realizada em 1987, com o lema *Por uma sociedade sem manicômios*, ela marca o “fim da trajetória sanitarista e o início de outra: a trajetória da desinstitucionalização ou da desconstrução” (Amarante, 1995, p. 99). Neste contexto, o movimento da reforma psiquiátrica se fortalece e distancia-se do movimento da reforma sanitária, pois, segundo Amarante (1995), o movimento psiquiátrico manteve um viés desinstitucionalizante “e mantém em debate a questão da institucionalização da doença e do sujeito da doença, ao passo que o movimento sanitário perde de vista a problematização do dispositivo de controle e normatização.” (p. 99)

É importante destacar a forte presença dos psicólogos no bojo destas discussões emergentes, mostrando a relevância desta categoria profissional nas lutas e debates para a transformação da política de saúde mental. (Ferreira Neto, 2011)

Passos (2009) traz a importância que os diversos profissionais da saúde, incluindo o psicólogo, tiveram na consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, na medida em que conseguiam exercer força de contestação à psiquiatrização das práticas de saúde mental então desenvolvidas:

No Brasil, apesar de a reforma ter sido também liderada por psiquiatras politicamente militantes (como, aliás, ocorre em toda parte), não se pode falar de reforma psiquiátrica sem referência imediata a um movimento orquestrado pelas bases profissionais, aliadas a muitos outros atores sociais, cuja força se encontra, precisamente, em seu conteúdo de contestação e de luta política contra um poder psiquiátrico constituído. (Passos, 2009, p. 56)

Atualmente, o Ministério da Saúde vê a reforma psiquiátrica como

Um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais em torno do “louco” e da “loucura”, mas especialmente em torno das políticas públicas para lidar com a questão. Trata-se de um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (Brasil, 2007, p. 63).

Em meio a essas transformações, destacam-se a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com o objetivo de oferecer um serviço substitutivo às internações psiquiátricas, de âmbito territorializado, que deve realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Onocko e Gama (2008) apontam que, para os usuários portadores de transtorno mental severo e persistente, já existe no Brasil uma política de saúde mental eficaz em andamento, através de equipamentos substitutivos, programas de transferência de renda e moradias protegidas. No entanto, para os transtornos mentais menos graves, percebe-se a ausência de uma política mais efetiva e o desafio posto de construir uma rede de assistência

competente. Boa parte desta demanda relacionada à saúde mental chega diariamente à atenção básica, que é porta de entrada do sistema de saúde, com expectativa de que o profissional possa dar resposta ao seu sofrimento.

A Reforma psiquiátrica tem como objetivos superar as intervenções medicalizantes e hospitalocêntricas em relação ao “doente mental”, visando a implantar estratégias de cuidado baseadas na integralidade e inseridas no território de vida dos sujeitos. Nesse sentido, a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF) aponta para uma transformação no modelo de atenção à saúde, valorizando o trabalho multiprofissional, a aproximação com o território e o fortalecimento dos vínculos entre equipe e população.

Atrelado a ESF, surge o Apoio Matricial como proposta inovadora para articular os cuidados em Saúde Mental com a Atenção Primária. Ressalte-se que o AM é uma estratégia desenvolvida para ser utilizada em todas as áreas saúde, especialmente na Atenção Primária, e não somente na saúde mental, uma vez que qualquer saber que extrapola os conhecimentos da equipe de Saúde da Família pode ser matriciado por saberes específicos, como pediatria, ginecologia, fonoaudiologia, fisioterapia, citando alguns exemplos. Nesta pesquisa, trabalhar-se-á com o AM voltado para a saúde mental, visto ser este o foco do trabalho, mas qualquer área que vá além dos saberes da equipe de Saúde da Família poderá ser matriciada, pois o AM foi criado para ser uma ferramenta organizativa de trabalho na saúde pública.

A estratégia do Apoio busca, através de equipes interdisciplinares, aproximar os cuidados em saúde mental do âmbito mais territorializado e próximo do cotidiano dos sujeitos, ou seja, a Unidade de Saúde da Família, colocando a saúde mental na porta de entrada do Sistema Único de Saúde.

Trata-se de uma nova forma de lidar com a demanda de saúde, pois o apoiador matricial sai do âmbito do especialismo profissional para dar suporte e retaguarda técnico-assistencial às equipes de Saúde da Família no lidar territorialmente com a demanda de saúde mental.

Pensar interdisciplinarmente é uma perspectiva nova de trabalho que exige um diálogo constante entre campo de práticas e núcleo de saber. O profissional de psicologia entra neste contexto para, junto aos outros profissionais, dar retaguarda às ações de saúde mental nos territórios.

Para compreender o funcionamento do AM, torna-se importante conhecer a estratégia organizadora da Atenção Primária em Saúde, porta de entrada de todo o sistema de saúde, para a qual o AM dirige-se e estrutura-se. Trata-se da Estratégia Saúde da Família, prioritária na APS, principal foco de trabalho junto ao AM deste estudo, que será estudada mais detalhadamente a seguir.

Uma nova forma de fazer saúde surge nos anos de 1990, voltada tanto para a promoção/prevenção quanto para a cura e reabilitação. Fala-se do Programa Saúde da Família (PSF), em consonância com os princípios do SUS, com proposta para mudar toda a antiga concepção de saúde e reorganizar a Atenção Primária, pois sai da medicina curativa para atuar na integralidade da assistência, tratando o indivíduo como sujeito dentro de seu território de vida, considerando essa dimensão globalizante. Em vez do Programa Médico de Família, optou-se por Saúde da Família, pois dessa forma, garantia-se a criação de equipes interdisciplinares de saúde integrando diversas categorias profissionais, bem como os agentes comunitários de saúde que já atuavam mesmo antes da criação do Programa.

Diante da relevância e do impacto do programa na saúde pública do Brasil, assume o *status* de Estratégia para deixar de ser uma ação pontual, tornando-se política pública de saúde. Foi assim que, a partir da portaria 648/2006, o Programa passa à condição de Estratégia prioritária para reorganização da Atenção Primária em Saúde, que tem entre seus fundamentos o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS. Atualmente, a referida portaria foi substituída pela 2488/2011 que atualiza a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A Estratégia de Saúde da Família – ESF – insere-se no Sistema Único de Saúde (SUS) como uma proposta de cuidado longitudinal e contínuo aos usuários adscritos em determinado território, contando com uma equipe interdisciplinar, e traz um conceito novo de trabalho conjunto, pois propõe aos profissionais a corresponsabilização na realização das atividades e a criação de espaços coletivos de diálogo. Para Andrade e Barreto (2004), “a Estratégia Saúde da Família é um modelo de organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) peculiar do SUS, baseado em equipes multiprofissionais.” (p. 88)

Andrade e Barreto (2004) definem a Estratégia Saúde da Família como

modelo de organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) peculiar do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), baseado em equipes multiprofissionais compostas por, no mínimo, um médico generalista ou de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, responsáveis pela atenção integral e contínua à saúde de cerca de 800 famílias (aproximadamente 3.450 pessoas), residentes em um território rural ou urbano, com limites geográficos definidos. (Andrade e Barreto, 2004, p. 88)

Para Andrade e Barreto (2004), a ESF, além de ser estruturante do SUS, é modelo de organização da Atenção Primária em Saúde (APS) e tem como princípios doutrinários a universalidade, a integralidade e a equidade. É responsável pelos cuidados primários de saúde da população e tem potencialidade para resolver até 90% das demandas da Unidade de Saúde da Família, com capacidade racionalizadora sobre a demanda de seu território, através da coordenação do cuidado na rede de serviços. Além disso, a estratégia prioriza a promoção da saúde, o que não significa desconsiderar a clínica, visto que a integralidade da atenção é um dos seus princípios norteadores, além do que todas as ações de saúde (promoção, prevenção, cura e reabilitação) estão embutidas no conceito amplo de promoção.

Andrade e Barreto (2004) complementam que a estratégia tem o coletivo como seu foco de atenção, entendendo que os indivíduos estão inseridos em famílias que, por sua vez, estão inseridas em um grupo populacional, e que o processo saúde-doença é determinado socialmente. Logo, só uma abordagem coletiva poderá efetivamente provocar impacto profundo e duradouro nesse processo.

A equipe mínima da ESF é composta por: médico(a) de família, enfermeira(o), cirurgião dentista, técnico(a) de enfermagem, técnico(a) de saúde bucal, agente comunitário de saúde. Cada equipe tem responsabilidade de saúde sobre, no máximo, 4.000 habitantes (Brasil, 2011). E tem como principais atribuições adscrição de clientela, vinculação entre equipe e saúde e comunidade; territorialização, definição do território de abrangência e mapeamento das áreas e microáreas de cobertura; diagnóstico da situação de saúde da população, análise da situação de saúde da população, mediante cadastramento das famílias e acompanhamento de suas enfermidades; planejamento baseado na realidade local, programação de atividades orientada segundo as potencialidades e agravos da população atendida, priorizando solução de problemas em articulação permanente com os indivíduos, famílias e comunidade.

Percebe-se que a estratégia de Saúde da Família, embora relativamente recente, apresenta características muito marcantes e inovadoras para a saúde coletiva do Brasil, sendo, pois, “terreno fértil” para o desenvolvimento de várias estratégias que venham a incrementá-la.

Trazendo o olhar para o terreno da Reforma Psiquiátrica, percebe-se que ela preconiza a superação das intervenções hospitalocêntricas e médico-centradas em relação à “loucura”. Diante disso, procura implantar estratégias de cuidado territoriais e integrais. Nessa perspectiva, o Apoio Matricial surge como proposta para articular os cuidados em saúde mental à Atenção Básica, tendo em vista processos de cuidado que não afastem o usuário de seu território de vida.

Desse modo, segundo Dimenstein et al (2009), a atenção básica, no campo da saúde pública brasileira, constitui-se em um espaço privilegiado de intervenção, mostrando-se como uma estratégia significativa para traçar ações focadas no eixo territorial. O Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994, destaca-se nesse contexto.

Ainda segundo Dimenstein et al (2009), a unidade básica torna-se, pois, fundamental para esse tipo de acompanhamento. A saúde mental deve, então, ser entendida como um campo de intervenção prioritário para as equipes da ESF, pois elas têm a potencialidade de atuar não só na unidade, mas no espaço social onde a comunidade vive e circula, além de estabelecer vínculos de compromisso e corresponsabilidade com a população, trabalhando norteadas por uma perspectiva ampliada sobre os modos de vida, de saúde e doença articulada ao contexto familiar e cultural, intervindo sobre fatores de risco aos quais a comunidade está exposta – sendo os transtornos mentais um dos mais evidentes – por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, visando a interferir em situações que transcendem a especificidade do setor de saúde e têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos, famílias-comunidade.

Diante disso, observa-se a necessidade de implantação de ações de saúde mental na atenção básica. É nesse sentido que o Ministério da Saúde propõe a estratégia do Apoio Matricial, a fim de aproximar a saúde mental do trabalho desenvolvido pela estratégia Saúde da Família, buscando aproximar a temática das equipes que se encontram mais próximas do território de vida dos usuários.

Em outras palavras, Dimenstein et al (2009) refere que o Apoio Matricial surge a partir da constatação de que a reforma psiquiátrica não pode avançar se a atenção básica não for incorporada ao processo. Como visto anteriormente, a atenção básica é a porta de entrada preferencial para todo o Sistema Único de Saúde, sendo responsável pela orientação do fluxo do usuário por toda a rede. De acordo com Bachetti (2013), aproximadamente 20% dos atendimentos prestados na APS estão relacionados com alguma queixa de transtornos mentais, sendo apenas 3% de transtornos severos, mostrando a resolubilidade que a rede básica pode apresentar diante de demandas recorrentes.

1.2 Apoio Matricial: novas perspectivas em saúde mental

Apoiar, segundo o dicionário¹, significa dar suporte, sustentação, auxílio, proteção. É interessante perceber que o Apoio se faz sempre em referência ao outro, visto que o próprio verbo traz em si a transitividade de quem precisa de complemento para acontecer (quem apoia, apoia algo ou alguém) sendo, pois, uma palavra bastante dialógica.

Campos (1998) afirma que as organizações de saúde são todas recortadas pela lógica de departamentos, divisões e seções, montadas segundo profissões como corpo clínico de médicos, serviços de enfermagem, de assistência social, de psicologia, etc. No entanto, a partir dos anos 1970, inicia-se no Brasil um movimento para estimular a democratização dos serviços públicos de saúde através da participação comunitária, dos conselhos de saúde para permitir uma gestão tripartite entre usuários, gestores e profissionais, e da conferências de saúde para discussão de diretrizes nacionais do SUS.

Guiado por este pensamento, Campos (1998) propõe novo método para modificar os organogramas dos serviços de saúde, em geral inspirados pelo que ele define como lógica taylorista. Desse modo, sugere a criação de ‘Unidades de Produção’, a fim de extinguir os antigos departamentos e seções recortadas segundo profissões e criar unidades conforme cada processo de trabalho.

Para explicar um pouco melhor o modelo, Campos (1998) argumenta que “(...) todos os profissionais envolvidos com um mesmo tipo de trabalho, com um determinado produto ou objetivo identificável, passariam a compor uma Unidade de Produção, ou seja, cada

¹ Dicionário online de português. <http://www.dicio.com.br/apoio/>

um desses novos departamentos ou serviços seriam compostos por equipe multiprofissional” (p. 865). Por exemplo, todos os envolvidos com saúde da criança em um posto de saúde formariam uma unidade de atenção à criança. Cada unidade de produção teria um único coordenador e elaboraria um projeto de trabalho. Além disso, Campos (1998) traz a ideia da instituição de uma supervisão matricial, não com o objetivo de alguém externo que controla ou fiscaliza o cumprimento de normas, mas como um “agente externo que se reúne com a equipe para instituir processos de reflexão crítica e de educação permanente” (p. 866) Supervisor como apoiador e agenciador de mudanças, apoiando o enfrentamento de problemas.

Partindo deste pressuposto e acreditando que a reforma e a ampliação da clínica e das práticas de atenção integral à saúde dependem centralmente da instituição de novos padrões de relacionamento entre sujeitos, Campos (1999) sugere a “adoção de um arranjo no processo de trabalho que estimule maiores coeficientes de vínculo entre equipe de saúde e usuário concreto”. (pp. 395-396) Descreve, então, novo arranjo organizacional baseado no Apoio Matricial e em equipes de referência.

O termo apresentado é composto de dois conceitos: Apoio e Matricial. A inspiração para a criação deste modelo de funcionamento veio das teorias da administração. O modelo da administração clássica apresenta relações verticais, induzindo sistemas burocráticos e pouco dinâmicos, nos quais, em geral, existe uma hierarquia entre quem encaminha e quem recebe determinada demanda, bem como uma transferência de responsabilidade. De acordo com Campos e Domiti (2007), o termo matricial indica uma mudança radical na posição do especialista em relação ao profissional que demanda o seu apoio. Inspirado no modelo de gestão do trabalho em matriz, trocando a linha de comando vertical que induz à fragmentação dos processos de trabalho por ações horizontais que atinjam vários desses departamentos.

Campos (2000) aborda a existência de uma racionalidade gerencial hegemônica, ou seja, um modo de organizar o trabalho e os processos decisórios nas organizações que contribui para que os profissionais de saúde reduzam seu objeto de trabalho a procedimentos, doenças ou partes do corpo, fragmentando, assim, o cuidado.

Segundo Campos e Domitti (2007), o emprego do termo matricial indica a possibilidade de

(...) sugerir que profissionais de referência e especialistas mantenham uma relação horizontal, e não apenas vertical como recomenda a tradição dos

sistemas de saúde. Trata-se de uma tentativa de atenuar a rigidez dos sistemas de saúde quando planejados de maneira muito estrita segundo as diretrizes clássicas de hierarquização e regionalização. (Campos & Domitti, 2007, p. 402)

Já o termo Apoio refere-se à construção de linhas horizontais e transversais de cuidado a fim de ordenar a relação entre o profissional de referência e o especialista, não mais na base da autoridade, mas do compartilhamento de responsabilidades, de maneira dialógica, sem a necessidade da transferência de trabalho ou encaminhamento de casos, mas a partir da construção conjunta entre especialista e profissional de referência de projetos coletivos de intervenção.

Para Campos e Domitti (2007), o termo Apoio foi retirado do método Paidéia²,

que cria a figura do apoiador institucional e sugere que tanto na gestão do trabalho em equipe quanto na clínica, na saúde pública ou nos processos pedagógicos, a relação entre sujeitos com saberes, valores e papéis distintos pode ocorrer de maneira dialógica. (Campos & Domitti, 2007, p. 402)

O apoiador, nesse caso, intervém quando há a necessidade de contribuição do seu saber a fim de, juntamente com o interlocutor, construir projetos conjuntos de trabalho. De acordo com Campos e Domitti (2007), procura-se “criar espaços coletivos protegidos que permitam a interação dessas diferenças, buscando-se construir uma análise e uma interpretação sintética, bem como se acordando linhas de intervenção e distribuição de tarefas entre os vários sujeitos envolvidos no processo.” (p. 402)

O Ministério da Saúde (Brasil, 2004a) trouxe este conceito para a saúde pública, propondo a estratégia do Apoio Matricial com o intuito de organizar os fluxos, articular os diversos níveis de atenção e inserir a Atenção Primária em Saúde nos cuidados em saúde, enfatizando a importância do processo dialógico no trabalho em saúde, tanto no nível individual, como no coletivo, na medida em que facilita a integração das práticas de cuidado em um nível ampliado de atuação.

Campos e Domitti (2007) conceituam esta nova proposta, afirmando que o Apoio Matricial objetiva “assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. (...) Pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico pedagógico às equipes de referência.” (p.399-400). Retaguarda especializada

² Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Editora Hucitec; 2000

significa o apoio dado por especialistas a questões de saúde que fogem ao núcleo de saber do profissional de referência. Acontece quando profissionais de outras categorias juntam-se à equipe de saúde promovendo ampliação do cuidado e integração de diversos saberes em um campo comum de atuação – a saúde. Destaque-se também o papel pedagógico referido acima, visto que essa retaguarda tem, além do caráter assistencial, papel produtor de conhecimento, pois facilita o contato desses profissionais com outras formas de saber, o que permite o aprendizado através da experiência.

É importante perceber a diferença entre essa Equipe de Referência e a equipe de Apoio Matricial. A equipe de referência é a responsável pela coordenação e condução do cuidado a determinados casos adscritos ao longo do tempo, de maneira longitudinal. Desse modo, a função de equipe de referência na saúde pública do Brasil é assumida pelas equipes de Saúde da Família, responsáveis pelo cuidado com as questões de saúde de determinado território sanitário adscrito. Já a equipe de Apoio Matricial seria composta por profissionais com conhecimentos que extrapolam o saber dos que compõem a equipe de referência, ou seja, equipe de Saúde da Família. Desse modo, a equipe de Apoio Matricial poderia dar suporte a questões específicas que vão além dos conhecimentos da equipe de Saúde da Família.

Acerca da equipe de referência, Campos (1998) preconizava que não deveria haver, quer em modalidade ambulatorial ou de internação, nenhum paciente sem um profissional escolhido ou designado para ser sua referência. Desse modo, “cada técnico ou cada mini-equipe teriam responsabilidade integral sobre determinado número de casos.” (p. 868) Os demais trabalhadores os apoiariam mediante ações articuladas em movimentos matriciais: interconsultas, discussão de casos, entre outros.

Esta definição ajuda a ordenar o andamento de determinado caso a fim de que, independente das intervenções e dos profissionais envolvidos no caso, exista o responsável direto pela condução do mesmo. Significa uma abertura para o diálogo com outros saberes com o objetivo de construir projetos terapêuticos coerentes com as necessidades específicas de cada indivíduo, família ou comunidade.

Segundo Campos e Cunha (2011), equipe de referência é a menor unidade de poder em uma organização. Para os referidos autores, Apoio Matricial e Equipe de Referência são “arranjos organizacionais e metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas

especialidades e profissões.” (p. 965). Busca deslocar o poder das profissões e dos especialistas, na medida em que reforça a gestão da equipe interdisciplinar.

Campos (1999) reforça que a principal função do profissional de referência seria elaborar e aplicar o projeto terapêutico individual. E um projeto terapêutico “implica um determinado diagnóstico, depende de uma aproximação entre cliente, família e profissionais de referência, e implica na instituição de práticas individuais, de grupo ou mais coletivas.” (p. 397)

Já o apoiador matricial é um especialista que tem um núcleo de conhecimento distinto da equipe de referência que pode agregar recursos e contribuir com intervenções capazes de ampliar a resolutividade de problemas de saúde. Campos e Dominiti (2007) afirmam que “o Apoio Matricial procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores” (p. 401)

Pensando sob uma perspectiva gráfica, no eixo vertical estaria disposta a equipe de referência, responsável longitudinalmente pela condução dos casos e coordenação do cuidado, e no sentido horizontal entrariam os diversos profissionais com saberes distintos da equipe de referência, compondo linhas de cuidado a serem acionadas em momentos específicos do projeto terapêutico proposto.

Para Campos (1999), as equipes de referência deixam de ser espaços episódicos de integração horizontal, com pouco ou nenhum poder sobre seus próprios membros. Ao contrário, passam a ser a estrutura permanente e nuclear dos serviços de saúde, saindo do eixo horizontal, passando, então, a compor o esqueleto de sustentação das organizações de saúde. E os antigos departamentos organizados, segundo categorias profissionais ou especialidades, é que, agora, integrariam o eixo de Apoio Matricial.

Campos (2000) fala que a relação entre saberes e práticas se daria mediante a conformação de núcleos e de campos. Núcleo seria a aglutinação de conhecimentos e a conformação de um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso. O núcleo seria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras um apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas.

Na relação entre equipe de referência e Apoio Matricial percebe-se essa dinâmica de campo e núcleo, na medida em que cada profissional apresenta um núcleo específico de

saber e encontram-se todos inseridos no campo de prática da saúde coletiva, neste caso, mais especificamente, da atenção básica em saúde. Os diversos saberes se complementam e se somam na construção de uma saúde que privilegie o indivíduo, o usuário na sua integralidade. Essa concepção visa a enfrentar a tendência muito comum nos serviços de saúde à fragmentação da atenção e desresponsabilização pelo cuidado.

Penido et al (2010) aborda o Apoio Matricial como tecnologia de saúde, de acordo com a proposta de Merhy (2007). Este último classifica as tecnologias envolvidas no trabalho de saúde em leve, leve-dura e dura, assim como apresentadas abaixo:

(...) leve (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho); leve-dura (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo; dura (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais).” (Penido et al, 2010, p. 121)

Merhy (citado em Penido et al, 2010) ainda argumenta que as tecnologias leves são produtoras de relações ‘interseçoras’ como no caso do acolhimento e do vínculo. O termo interseçor é um neologismo utilizado no sentido de designar o que se produz nas relações entre os sujeitos, nos espaços de suas interseções, produto que existe para os ‘dois’ em ato e não tem existência sem o momento da relação.

Dessa forma, Penido et al (2010) correlaciona o Apoio Matricial como tecnologia híbrida e transversal, com combinação entre tecnologia leve e leve-dura. Como tecnologia leve, contribui no fomento da autonomia do sujeito implicado no processo de produção de saúde, trabalhador ou usuário.

Considerando-se que um sujeito demanda abordagens fundadas em singularidades e dotadas de criatividade, o Apoio Matricial exige a emergência do que Merhy (2007) chama de relações interseçoras, as quais possibilitam o lugar do novo e das possibilidades de intervenção. (Penido et al, 2010, p. 472)

Além disso, outra característica da correlação do Apoio Matricial com a tecnologia-leve, segundo Penido et al (2010) é a aposta que aquele apresenta de governar processos de trabalho, na medida em que o Apoio Matricial é tanto um arranjo organizacional, quanto uma metodologia de trabalho.

Já a tecnologia leve-dura apresenta-se, de acordo com Penido et al (2010) através da ampla teorização feita acerca do conceito de Apoio Matricial, seja como arranjo de gestão ou metodologia, constituindo saber referencial para “operar as práticas de apoio especializado às equipes de Saúde da Família, o que pode aproximá-lo da tecnologia leve-dura” (Penido et al, 2010, p. 472)

Uma consequência importante do Apoio Matricial é que ele tenta reverter a lógica do encaminhamento, que pressupõe a hierarquização entre os saberes e a transferência de responsabilidades, para propor a lógica da corresponsabilização, em que, em vez da relação poder/saber, existe o compartilhar de responsabilidades, exigindo que os profissionais decidam juntos sobre o andamento de cada caso, bem como sobre seu acompanhamento, produzindo maior resolutividade à atenção em saúde.

A respeito disso, Figueiredo e Onocko (2009) resumem que,

o Apoio Matricial seria uma ferramenta para agenciar a indispensável instrumentalização das equipes na ampliação da clínica, subvertendo o modelo médico dominante, que se traduz na fragmentação do trabalho e na produção excessiva de encaminhamentos, muitas vezes desnecessários, às diversas especialidades. (Figueiredo&Onocko, 2009, p.130)

Nessa perspectiva, a corresponsabilização entre equipe e usuários também incorpora a família, a comunidade, bem como as ações intersetoriais presentes no contexto sociocomunitário. Na medida em que todos estão envolvidos na construção dos cuidados em saúde, os resultados findam por serem mais resolutivos e os usuários, junto com suas famílias, tornam-se responsáveis diretos pela condução do seu processo de saúde, fomentando, assim, a autonomia dos sujeitos e favorecendo a assistência integral e o acesso aos serviços de saúde.

A respeito disso, o Ministério da Saúde (Brasil, 2004b) reforça a diferença que existe entre o Apoio Matricial e a lógica do encaminhamento ou da referência e contrarreferência. Traz a ideia de corresponsabilização pelos casos. E ainda complementa que quando o território tiver uma grande população de abrangência, “é importante que o CAPS discuta com o gestor local a possibilidade de acrescentar (...) uma ou mais equipes de saúde mental, destinadas a realizar essas atividades de apoio à rede básica.” (Brasil, 2004b, p. 25)

Outra característica importante do Apoio Matricial refere-se à organização e ao direcionamento dos fluxos. Dimenstein (2009) afirma que a perspectiva do Apoio Matricial facilita o trabalho em rede, na medida em que possibilita a integração entre o nível especializado

e a Atenção Primária na corresponsabilização pelos casos, visto que não se pode trabalhar integralidade sem ter uma rede de saúde trabalhando em conjunto, pela qual o usuário possa transitar sem fragmentações, podendo perceber-se inteiro em todos os lugares por que passar.

Dessa forma, a porta de entrada para os cuidados em saúde aconteceria na Atenção Primária, pois esta é a responsável territorialmente por determinada população no sentido longitudinal e contínuo de cuidado, sendo, pois, sua referência. No entanto, na medida em que fosse necessária a articulação com outros saberes, a equipe de Apoio Matricial seria acionada atuando integradamente, apoiando a equipe de referência. Além disso, a equipe de AM atuaria de forma articulada com a rede de saúde, promovendo a integração entre os diversos equipamentos de saúde de forma horizontal, sem fragmentar os sujeitos que dela necessitem. Trata-se, pois, de uma gestão compartilhada do cuidado.

O Apoio Matricial pode acontecer em diversos âmbitos, Campos e Domitti (2007) citam três que transitam entre ações conjuntas e individuais. O primeiro deles refere-se aos atendimentos e às intervenções conjuntas entre o especialista matricial e os profissionais da equipe de referência. Tais ações mostram tanto a retaguarda assistencial quanto o caráter pedagógico do apoio, pois o especialista encontra-se com o generalista para juntos acompanharem determinado caso. A troca de saberes que acontece neste âmbito permite que a equipe de referência amplie seu escopo de conhecimento e prática.

O segundo âmbito abrange casos que exijam atenção específica do núcleo de saber do apoiador, que pode programar algumas intervenções especializadas, mantendo sempre contato com a equipe de referência que é a responsável direta pela condução do. Por último, existe a possibilidade de o Apoio restringir-se apenas à troca de saberes entre os profissionais, podendo acontecer através da discussão e orientação sobre condução de casos, em que apoiador e equipe de referência dialogam para construírem juntas as propostas de acompanhamento de cada caso.

É importante ressaltar que o Apoio Matricial não exclui a necessidade de práticas clínicas individualizadas, mas propõe que qualquer intervenção, seja no âmbito individual ou coletivo, esteja integrada com a equipe de referência, visto que esta tem responsabilidade sanitária por aquele território. (Campos e Domitti, 2007)

Outro aspecto importante do Apoio Matricial é a necessidade dele abranger as ações coletivas das Unidades Básicas de Saúde, dando suporte técnico/vivencial para as equipes de referência, no sentido de instrumentalizá-las para o trabalho grupal, voltado para as demandas do território. Dimenstein (2008) reafirma esta ideia ao dizer que os profissionais, de um modo geral,

(...) também apontam a importância da proposta do Apoio Matricial em se trabalhar o território, não ficando apenas no contexto do espaço físico do CAPS, ou seja, articulando-se com a rede de saúde como um todo e com toda a sociedade ao desempenhar uma assistência integral. (Dimenstein, 2008, p. 637)

Este contexto é muito relevante, pois reforça a clínica ampliada ao oferecer diversas possibilidades de trabalho em saúde, não se restringindo apenas ao âmbito individual. Assim, o território entra em cena como importante meio de potencialização de práticas de cuidado. Tenório (1999) aponta que o território é para os sujeitos como “o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo.” (Tenório, 1999, p. 32)

Outro ponto importante reforçado pelo Apoio Matricial é a construção conjunta de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). A noção de PTS surgiu, inclusive, com o advento da Reforma Psiquiátrica e foi utilizado, inicialmente, no movimento de saúde mental da cidade de Santos em que se reformulou a forma de tratar o usuário da saúde mental, bem como sua relação com o serviço e sua família, através da proposição de projetos singulares, construídos conjuntamente com o usuário e a família, que levassem em conta não só o sujeito, mas sua interação com o meio, com as questões sociais, políticas e culturais, bem como a sua relação com a liberdade. De acordo com Oliveira (2008), o Projeto Terapêutico Singular “é um movimento de co-produção e de co-gestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos, em situação de vulnerabilidade.” (Oliveira, 2008, p. 275)

Ressalte-se o termo “singular” em lugar de “individual” do projeto, pois leva em consideração não apenas o indivíduo, mas o sujeito ou coletivo singular. Já o termo “projeto” deve se deslocar da simples noção de “plano”, organização de ações ou atividades, indo em direção à ideia de projetualidade, neologismo criado por Oliveira (2008) para dar ênfase à capacidade que o PTS teria de pensar e criar novas realidades, novas formas de lidar com

problemáticas antigas. Além disso, deve ser pensada de forma coletiva, envolvendo profissional, equipe e usuário. (Oliveira, 2008, p. 275)

Nesse sentido, a construção do PTS se dá em equipes interdisciplinares e constitui-se como um dos recursos utilizados pelo Apoio Matricial nos momentos de discussão de casos entre os profissionais, ou seja, nas reuniões de matriciamento.

Segundo Oliveira (2008), a construção do PTS se dá em três etapas, quais sejam: coprodução da problematização, coprodução de projeto e cogestão/avaliação do processo. Estas etapas também podem ser traduzidas em: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e tarefas entre os membros da equipe e reavaliação. (Oliveira, 2008, p. 277)

A coprodução de problematização diz respeito ao diagnóstico de determinada situação, ou seja, identificar o problema e trazê-lo ao grupo para que seja discutido, levando em consideração como o sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, bem como o trabalho, a cultura, a família e a rede social. Na coprodução do projeto, encontra-se o desafio de conciliar as práticas de planejamento com o sentido de projetualidade, bem como de produzir estímulo para participação ativa dos atores envolvidos. De acordo com Oliveira (2008), a proposta é instaurar uma concepção sobre planejamento em saúde no cotidiano que

privilegie os momentos de compartilhamento da compreensão do “problema” e a pactuação de “objetivos” no coletivo, tensionando a capacidade de leitura e análise estratégica de cenários e das implicações envolvidas, como forma de preservar a complexidade da problemática em discussão (evitando reducionismos) e como passo subsidiário e essencial para a discussão e para o planejamento das ações. (Oliveira, 2008, p. 280)

Importante distinguir a discussão de caso no PTS da discussão de caso clínico, em que os profissionais se reúnem em torno de um profissional que detêm um saber “a mais” sobre os outros profissionais e sobre a problemática do caso e os outros apenas escutam as informações. A ideia da discussão no PTS é que as propostas sejam construídas e executadas de forma conjunta com a participação de todos os atores envolvidos no processo.

Por último, a cogestão/avaliação do processo surge desde o momento em que se cria uma agenda compartilhada para discussão de casos, legitimando este espaço como importante na ampliação da capacidade resolutiva da equipe e do serviço, mostrando a necessidade real de ter alguns momentos no cotidiano de trabalho para “parar” e discutir um

caso, mesmo com o “excesso” de demanda que chega todos os dias nos serviços. (Oliveira, 2008, p. 282)

Para que o PTS se concretize, é importante que exista um profissional de referência que será o responsável pela condução do caso, que acompanha todo o processo, que acompanha o andamento de todas as ações planejadas no PTS, aquele que está em contato mais direto com a família e que ela pode procurar quando sentir necessidade, que aciona a equipe em caso de alguma eventualidade, enfim, é o responsável pelo caso e está encarregado de acionar outros pontos da rede diante das necessidades. Qualquer profissional da equipe pode assumir este papel, sendo a construção do vínculo importante para que o trabalho se desenvolva.

A avaliação e reavaliação de casos é o momento de discussão sobre a evolução, bem como as devidas correções de rumo. Oliveira (2008) argumenta que o tempo de reavaliação do caso deve ser o mínimo possível para que as ações planejadas produzam o efeito esperado e o máximo possível de tolerância que não signifique riscos ou danos ao sujeito ou que a equipe perca a familiaridade com a problemática em questão. (Oliveira, 2008, p. 284)

O Projeto Terapêutico Singular constitui-se, pois, em instrumento potente para disparar processos de mudança nas práticas de saúde, contribuindo para a diversificação das ofertas nos serviços de saúde, bem como instigando a construção de espaços interdisciplinares no cotidiano do trabalho na Atenção Primária e o Apoio Matricial utiliza-se desta ferramenta na modalidade de discussão de casos entre equipe de referência e apoiadores matriciais.

Estabelecer a perspectiva do Apoio na Saúde da Família significa firmar com a Atenção Primária, a rede de saúde, a comunidade e os profissionais um compromisso mútuo de responsabilidade e cuidado pelos determinantes de saúde e de doença, assim como pelo bem-estar dos indivíduos no meio em que vivem.

Em consonância com as questões trazidas até aqui, a reforma psiquiátrica brasileira tem como seus preceitos a necessidade de ampliar as práticas de cuidado em saúde mental, oferecendo aos sujeitos diversos serviços que possam dar conta do sofrimento mental.

Bachetti (2013) apresenta os princípios fundamentais que norteiam a articulação entre a atenção básica e a saúde mental como sendo a noção de território, a organização da atenção à saúde mental em rede, a intersetorialidade, a reabilitação psicossocial, a

interdisciplinaridade, a desinstitucionalização, a promoção da cidadania dos usuários e a construção da autonomia possível de usuários e familiares.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2003) incorpora a estratégia do Apoio Matricial, pois o compreende como passo fundamental para a consolidação dessas ações, e institui o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como núcleo responsável pelo apoio à Estratégia Saúde da Família com o intuito de dar suporte e fortalecê-la no exercício do cuidado integral em saúde.

O NASF foi criado através da portaria interministerial 154/2008, recentemente reformulado na portaria 2.488/2011, e tem o objetivo de ampliar a abrangência das ações da Atenção Primária, bem como sua resolutividade, abordando práticas territorializadas que aproximam o serviço de saúde das pessoas e de suas vidas cotidianas, aproximando a saúde do dia-a-dia das populações e organizando as linhas de cuidado do sistema de saúde. Formado por equipes multidisciplinares, com categorias diferentes daquelas que compõem a equipe mínima da Saúde da Família, a fim de fortalecer a Atenção Primária ampliando os olhares sobre o cuidado aos usuários e compartilhando as práticas de saúde nos territórios.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica (Brasil, 2014), o NASF pode ser composto por diversos profissionais entre a diversidade dos apontados pela portaria, quais sejam: assistente social; profissional de Educação Física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte e educação (arte educador); nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; médico pediatra; médico veterinário; médico psiquiatra; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico acupunturista; e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

A portaria esclarece que o referido núcleo deve atuar na perspectiva do Apoio Matricial, constituindo-se em retaguarda especializada para as equipes de Saúde da Família, desenvolvendo trabalho compartilhado e colaborativo nas dimensões clínico-assistencial e técnico-pedagógica.

De acordo com a portaria 2.488/11 (Brasil, 2011), o NASF deve contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da

clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. Como exemplo de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF estão discussão de casos, atendimento conjunto, atendimento individual, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes, entre outras.

O Caderno de Atenção Básica (Brasil, 2014) aborda ainda que o principal objetivo de se implantar o NASF nos municípios do Brasil é aumentar efetivamente a resolutividade e a qualidade da Atenção Básica, o que deve ser feito por meio da ampliação das ofertas de cuidado, do suporte ao cuidado e à intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em âmbito individual quanto coletivo. Dessa forma, amplia-se o repertório de ações da Atenção Básica, a capacidade de cuidado de cada profissional e o acesso da população a ofertas mais abrangentes e próximas das suas necessidades.

Em relação à saúde mental, o Caderno de Atenção Básica aborda que os NASFs devem atuar de forma integrada com outras equipes especializadas, como o CAPS, corresponsabilizando-se pelos casos e facilitando a integração com a equipe de Saúde da Família (eSF). Esse arranjo institucional visa a promover articulação entre as unidades locais de saúde e os serviços de saúde mental como os CAPS, organizando o fluxo e o processo de trabalho, podendo o NASF atuar como mediador dessa integração. Sobre essa integração, o referido documento complementa ainda ao dizer que “(...) os casos de usuários acompanhados pelo CAPS que, após estabilização, receberem alta do serviço também podem ser discutidos entre CAPS, eSF e NASF, em vez de serem encaminhados diretamente para a eSF.” (p. 94)

A portaria atual, no entanto, deixa algumas “brechas” no tocante às áreas de atuação do NASF, não especificando todas as áreas que devem ser abordadas por esta equipe de trabalho, deixando ao município a liberdade de escolher, baseado na rede de saúde e nas necessidades do território, as áreas pelas quais o NASF deverá se responsabilizar e apoiar a eSF.

No capítulo seguinte, esta discussão será retomada brevemente ao ser apresentada a realidade de Belo Horizonte, explicando-se porque o NASF não foi o foco deste trabalho.

Retomando a discussão do Apoio Matricial, percebe-se a relevância do trabalho de apoio junto às equipes de Saúde da Família, no nível primário de atenção à saúde, como importante articulador territorial das questões de saúde mental, a fim de ampliar e qualificar a rede de apoio preconizada pela reforma psiquiátrica. Nesta perspectiva, o Apoio Matricial articulado com a Estratégia Saúde da Família torna-se potencializador das práticas em saúde, expandindo o olhar sobre o processo saúde-doença, bem como sobre a integralidade dos sujeitos. Além disso, estabelece a corresponsabilização pelo cuidado entre os profissionais de saúde na medida em que integra a Atenção Primária aos outros níveis de atenção.

Dimenstein et al (2009) acreditam que a reforma psiquiátrica não pode avançar nos seus inovadores propósitos se a atenção à saúde mental se restringir apenas aos serviços especializados, não bastando apenas se empenhar na rede substitutiva, mas compreender o cuidado em saúde mental para todos os níveis de assistência da rede de saúde.

O Apoio Matricial funciona como um dispositivo de atenção psicossocial, na medida em que abre caminhos para reflexões sobre a inserção de pessoas com transtorno mental na comunidade, trazendo a tona sentimentos como medo, estigma e preconceitos ainda enraizados no imaginário da sociedade em relação às pessoas com transtornos mentais.

Costa-Rosa e Yasui (2008) trazem a proposta da Estratégia de Atenção Psicossocial como um processo de mudanças na concepção de saúde-doença, no modelo teórico e técnico-assistencial que organiza e sustenta as práticas dos profissionais, um conjunto amplo de transformações práticas, teóricas e éticas vivenciado na atual política de saúde mental. Essas mudanças incluem desdobramentos a partir da proposta de ações de matriciamento em implantação nas diretrizes do Ministério da Saúde.

Para a Estratégia de Atenção Psicossocial, a equipe é o principal instrumento de intervenção e produção de cuidados em saúde e deve atuar no sentido da transdisciplinaridade, concepção que, segundo Costa-Rosa e Yasui (2008) definem, não se trata apenas de diferentes disciplinas que analisam um mesmo objeto, mas da própria consistência do objeto sendo transformada. “O trabalho em equipe é aquele em que os profissionais adotam uma posição de humildade frente ao sofrimento psíquico, este nosso objeto complexo, e o existir por ele contextualizado.” (p. 35)

O Ministério da Saúde (Brasil 2004 citado por Ferreira Neto 2011) argumenta que a implementação da Estratégia Saúde da Família em todo o território nacional tem operado mudanças no Sistema Único de Saúde, inclusive na organização do processo de trabalho em saúde mental, que passa a ser responsável pelo Apoio Matricial às equipes de atenção básica, por meio de constantes parcerias de trabalho conjunto de corresponsabilização pela clientela em comum. Além disso, recomenda que realizar Apoio Matricial às equipes da atenção básica é “fornecer-lhes orientação e supervisão, atender conjuntamente situações mais complexas, realizar visitas domiciliares acompanhadas das equipes da atenção básica, atender casos complexos por solicitação da atenção básica.” (Ferreira Neto, 2011, p. 25)

Campos e Domitti (2007) trazem a ideia de que a integralidade na saúde parte inicialmente da integração entre as práticas de cuidado. Isto acontece na medida em que os profissionais trabalham de forma horizontal, ultrapassando as barreiras da hierarquia de poder que cristaliza e fragmenta os processos. Compreende que os sujeitos são integrais e necessitam de cuidados integrados.

Segundo Figueiredo e Onocko Campos (2009), é uma forma de capacitação *in loco*, “que se daria através de atendimentos conjuntos entre o profissional da Saúde Mental e o profissional de referência” (p. 133), de fundamental importância para que as equipes aprendam, durante a prática, a intervir em outros campos.

Bezerra Jr. (2007) comenta sobre os diversos planos em que a reforma psiquiátrica se desdobra, entre eles, o plano assistencial que, segundo o autor, trata-se de

pensar não apenas formas inovadoras de organização da atenção, mas também modelos de cuidado e intervenção adequados aos novos dispositivos – muito diferentes tanto dos ambientes hospitalares quanto dos espaços ambulatoriais tradicionais, e aos novos objetivos – mais abrangentes que os da clínica individual tradicional. (Bezerra Jr., 2007, p. 244)

Tenório (1999), ao falar sobre reforma psiquiátrica, aponta a necessidade de se pensar o território, pois este se constitui em “conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo.” (Tenório, 1999, p. 32)

Em consonância com o pensamento de Tenório sobre a relevância do território nas práticas de saúde, Costa-Rosa e Yasui (2008) consideram que o alcance do projeto da transversalidade almejada pela Estratégia de Atenção Psicossocial implica em

considerar e ativar os dispositivos existentes no território; na responsabilização pela demanda; na criação de múltiplas e diversas estratégias de cuidado aumentando a responsabilidade de cada profissional, não apenas nas decisões e nas competências para o projeto de cuidados, mas também na gestão dos dispositivos institucionais.” (Costa-Rosa e Yasui, 2008, p. 35)

Trata-se de compreender o sujeito inserido no território e, mesmo quando for alvo de ações específicas de CAPS ou ambulatoriais, não deixará de estar adscrito à ESF nem de participar das ações simultaneamente realizadas por ela. (Costa-Rosa & Yasui, 2008)

O Apoio Matricial ainda prioriza a necessidade de abranger as ações coletivas das Unidades de Saúde da Família, dando suporte técnico/vivencial para as equipes de referência, no sentido de fomentar o trabalho interdisciplinar, voltado para as demandas do território. Corroborando com essas ideias, Tenório (1999) reforça a necessidade de aproximar as práticas de saúde mental da vida diária dos sujeitos, incorporando-se à prática de saúde mental o que tradicionalmente era considerado extraclínico. O autor completa ao dizer que “o cuidado, em saúde mental, amplia-se no sentido de ser também uma sustentação cotidiana da vida diária do paciente, inclusive nas suas relações sociais.” (Tenório, 1999, p.44)

Toda essa extensa e complexa discussão de ordem conceitual, em grande medida incorporada na política nacional de saúde, compõe um referencial a partir do qual esta pesquisa buscará compreender, no sistema de saúde da cidade de Belo Horizonte, como o Apoio Matricial em saúde mental vem acontecendo e como o psicólogo, como membro da equipe, o percebe.

CAPÍTULO 2: POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DE BELO HORIZONTE: COMPREENDENDO A EQUIPE DE SAÚDE MENTAL ATRAVÉS DA HISTÓRIA DA POLÍTICA

O estado de Minas Gerais ficou marcado pelo pioneirismo na luta pela concretização dos preceitos da reforma psiquiátrica. Como marcos, percebe-se a aprovação das leis estaduais nº 11.802/95 e 12.684/97 que preconizam a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos, bem como a implantação de uma rede de serviços de cuidados substitutivos. Posteriormente, a aprovação da lei nacional nº 10.216, em 2011, veio fortalecer e referendar esta legislação.

Como bem documentado na Linha Guia de Saúde Mental (Minas Gerais, 2006), documento elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde com o objetivo de fazer um apanhado da Reforma Psiquiátrica mineira, Belo Horizonte foi pioneira na luta pela mudança de práticas de saúde mental, visto que desde o final dos anos de 1970 vem consolidando a Reforma Psiquiátrica, “quando trabalhadores do setor, num ato de coragem e de responsabilidade profissional, denunciaram à sociedade as condições subumanas em que se encontravam milhares de pessoas internadas nos hospitais psiquiátricos.” (Minas Gerais, 2006, p. 11).

Ferreira-Neto (2011) divide a história da saúde mental de Belo Horizonte em três momentos: o primeiro, na década de 1980, denominado de “implantação”, o segundo, nos anos de 1990, chamado de período “antimanicomial” e o terceiro, nos anos 2000, chamado de “Apoio Matricial”. Este estudo utilizar-se-á desta divisão para compor a linha do tempo da política de saúde mental do município.

O período de implantação inicia-se com a criação do Programa Integrado de Saúde Mental (PISAM), decorrente de proposta da VI Conferência Nacional de Saúde, que antecedeu à organização do Programa de Saúde Mental de Minas Gerais, oficialmente implantado por volta do ano de 1984, na região metropolitana de Belo Horizonte. A proposta do PISAM surgiu da constatação, em pesquisas, da prevalência de transtornos mentais de 18% no país, sendo que desta estatística, apenas 0,28% eram atendidos. As diretrizes do PISAM envolvem prevenção primária, integração com as atividades básicas de saúde, utilização de leitos em hospitais gerais e integração de profissionais não-médicos na assistência psiquiátrica.

Na prefeitura de Belo Horizonte, ainda segundo Ferreira-Neto (2011), havia, no ano de 1984, doze psicólogos distribuídos em oito centros de saúde da cidade, compondo as chamadas Equipes de Saúde Mental.

Ferreira-Neto (2011) menciona o levantamento dos recursos humanos na saúde através do documento que estabelece o início oficial do Programa de Saúde Mental na Região Metropolitana de Belo Horizonte (anterior à municipalização da saúde) e aponta o total de 23 equipes de saúde mental atuando em 18 centros de saúde e em 5 unidades de pronto-atendimento e da rede hospitalar. Nesta época, as equipes de saúde mental eram consideradas rede secundária, ou seja, atendimento especializado. Apesar de estarem localizadas na rede básica, exerciam suas funções de forma independente.

Goulart (1993) apresenta que as referidas equipes tinham como objetivos: produzir um padrão de atendimento mais participativo e capaz de abarcar os níveis primário e secundário de assistência; descentralizar a assistência em saúde mental através do deslocamento do eixo de atendimento do hospital e da rede terciária para os centros de saúde; além de propiciar enfoque multidisciplinar através da articulação entre psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e demais profissionais envolvidos, procurando aumentar a resolutividade na saúde.

Ferreira-Neto (2011) complementa esta informação ao relatar que neste período o programa de saúde mental buscava formular uma concepção integral de saúde baseada na noção de biopsicossocial, sendo o biológico representado pelo psiquiatra, o psicológico pelo psicólogo e o social pelo assistente social (composição das equipes de saúde mental na época). O autor refere ainda que a “falta de maior experiência para formulação mais sofisticada do que seria um trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, conduziu a esta opção por uma alternativa mais óbvia” (Ferreira-Neto, 2011, p. 111)

A presença dos três profissionais nas equipes denotava uma intenção de que a articulação destas três áreas pudesse dar conta das dimensões apontadas, ampliando, através de diálogos sistemáticos, a noção do adoecimento mental, atuando sob os diversos âmbitos de cuidado e proporcionando melhoria da qualidade na atenção.

A respeito disso, Goulart (1993) também aponta que a articulação entre os três saberes profissionais tinha a intenção de tentar realizar o diálogo entre as óticas biológica, psicológica e social do adoecimento, no intuito de estabelecer uma relação de complementaridade e enriquecimento mútuos para a melhoria da qualidade do atendimento e a

busca por uma integralidade, ainda que incipiente, bem como pela construção de um trabalho interdisciplinar. Argumenta ainda que o programa de saúde mental trabalhava com o pressuposto de que “as condições de vida, a dura realidade socioeconômica enfrentada pela população brasileira estariam relacionadas com o adoecimento mental.” (p. 50) Logo, as unidades básicas de saúde, devido à sua proximidade com o modo de vida dos usuários, deveria estar habilitada para lidar com as questões de adoecimento mental levando em consideração as questões do território.

Goulart (1993) comenta que a integração entre os saberes profissionais, nesse período de implantação, enfrentou muito desafios, especialmente devido ao não-entendimento entre seus membros do que sejam a doença mental e seu tratamento, assim como às pressões e indefinições que a equipe sofria. Nesse âmbito, relata ainda as disputas e os desentendimentos entre os profissionais diante do objeto de trabalho:

Entre psicólogos e assistentes sociais, surgiram disputas sobre a responsabilidade de intervenção na família dos pacientes. Os limites e as especificidades das duas áreas eram colocados em questão. Por outro lado, essas categorias se irmanavam no mal-estar com relação à psiquiatria. Alegavam, ressentidas, que a clientela só demandava o psiquiatra por causa da medicação e da sua própria condição de médico. (Goulart, 1993, p. 51)

Este pensamento foi percebido em relatos dos profissionais entrevistados, quando criticam o foco no modelo médico-centrado, ou até o modelo medicamento-centrado. Assim nos fala uma psicóloga:

(...) anteriormente a Saúde Mental trabalhava com um modelo diferente, que era um modelo tradicional, era o médico que conduzia, era aquele modelo mais consultório, né, o consultório e o médico conduzia, ele que detinha o saber e ele que conduzia todo tratamento. (...) Os Centros de Saúde então eles tinham esses psiquiatras e esse psicólogo que atendia, mas assim, dentro do consultório e naquele modelo bem médico mesmo, né, sem essa discussão com a equipe, né. (Entrevistada 1)

Esta fala reflete um pouco o que Goulart (1993) aponta como o afastamento dos profissionais das técnicas de intervenção comunitária, das práticas coletivas, em virtude da escolha pelo atendimento individual como prioritário no acompanhamento dos usuários e suas famílias, ficando o psicólogo, o psiquiatra e até o assistente social restritos ao trabalho clínico individual.

Estas equipes mantiveram-se em funcionamento nas unidades básicas de saúde, na maioria das vezes sendo responsáveis pelo acolhimento direto das demandas de saúde mental, como porta de entrada, mantendo-se, ainda, isoladas do restante do centro de saúde, reforçando o estigma e o preconceito da saúde mental e distanciando-se do contexto dos diversos profissionais que compunham o dia-a-dia de trabalho nos centros de saúde.

Goulart (1993) se refere ao isolamento sofrido pela equipe, tanto em relação ao centro de saúde, quanto entre seus próprios membros, sendo, pois, uma das dificuldades para o desenvolvimento do trabalho integrado, objetivo inicial da formação dessas equipes:

Todo esse contexto acaba resultando em isolamento do trabalho de saúde mental, o que é reforçado pela própria equipe, na medida em que tem uma perspectiva de ação pautada nos moldes dos consultórios privados, que destoam do lugar institucional, já tão estereotipado e burocratizado, ao qual passaram a pertencer. (Goulart, 1993, p. 55)

Um dos entrevistados relembra este período com a seguinte fala:

Na época que eu trabalhei na rede básica, até o ano de 2000 era a gente que fazia o acolhimento, era o psicólogo, o psiquiatra. Eu era da equipe básica de saúde mental. Nós éramos 2 psicólogos, 1 assistente social e 1 psiquiatra para cada 2, 3 centros de saúde. E a gente acolhia. O usuário chegava com demanda de saúde mental na unidade, ele já ia direto para o acolhimento da saúde mental.” (Entrevistada 6)

Lobosque e Abou-yo (1998) comentam sobre o estranhamento que a chegada das equipes de saúde mental provocou nas unidades básicas de saúde o que levou a um certo isolamento dessas equipes, tanto da parte dos profissionais do centro de saúde, quanto das próprias equipes de saúde mental, ficando cada um com sua demanda, sem muitos momentos de interlocução. De um lado “este silêncio poupava os gerentes do incômodo de interpelar o que vinha sendo feito, de colocar em debate as novas propostas e de assumi-las enquanto gestores”, de outro, “os técnicos geralmente se abrigavam no consultório, sempre com suas agendas cheias sem poder nunca abrir para novos casos.” (Lobosque & Abou-Yo, 1998, p. 246) Em geral, o fato de atender demandas de mais de um centro de saúde, visto não haver equipes lotadas em todas as unidades básicas, acabava por sobrecarregar a equipe de demandas, dificultando também a construção de projetos terapêuticos.

Segundo Ferreira-Neto (2011), os seis eixos de trabalho dessas equipes eram: atendimento à demanda específica, qual seja, a doença mental; apoio aos demais programas dos

centros de saúde; apoio técnico ao nível primário; articulação com os recursos da comunidade; atendimento à criança e avaliação periódica do Programa. O referido autor ainda coloca que o objetivo do Programa era o trabalho integral junto à saúde. Apenas no primeiro eixo é mencionada a “necessidade de atenção especial aos egressos de internação psiquiátrica”, não se configurando como prioridade no atendimento, o que só veio a se estabelecer depois.

A partir desse período, os profissionais começaram a receber a clientela que veio a se tornar prioritária no programa, os pacientes com transtornos mentais graves e persistentes. Dessa forma, percebe-se esta diretriz bem clara na fala de dois entrevistados:

Então, a gente, a partir do momento que se apropria dos casos mais graves a gente assume, alguns casos junto com eles [Estratégia Saúde da Família]. Casos mais graves a gente tem um recorte clínico muito preciso que são as psicoses, os egressos, as depressões, os neuróticos graves, mais ou menos dentro dessa linha. (Entrevistado 2)

(...) o psicólogo da Equipe de Saúde Mental tem as diretrizes muito bem definidas do que é o seu público a ser priorizado que são mesmo os psicóticos, neuróticos graves, vítimas de violências, no caso da criança e do adolescente também as psicoses infantis, o autismo, as violências sexuais infantis, violências de toda ordem. Esse público é específico da saúde mental. (Entrevistada 6)

Para finalizar o período de implantação, Ferreira-Neto (2011) sinaliza que este momento é portador de algumas características como a ação ainda dispersa dos profissionais da saúde mental, com concepção genérica deste campo de trabalho, e a atuação do psicólogo ainda era bastante inespecífica. Este quadro, no entanto, começa a se alterar e o momento seguinte, denominado de “antimanicomial” consolidará a atuação do psicólogo junto aos pacientes mais graves.

No período de 1993 a 1997 a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte conduziu as ações da política de saúde mental para priorizar o atendimento aos pacientes mais graves. Isso implicava “impedir que as agendas dos profissionais ficassem comprometidas e congestionadas pela demanda espontânea de crianças com dificuldade escolar, pacientes neuróticos comuns e à clientela cativa dos centros de saúde” (Ferreira-Neto, 2011, p. 114). Estes novos direcionamentos começaram a modificar o trabalho das equipes de saúde mental dentro das unidades básicas de saúde, demarcando seu foco de trabalho nos pacientes graves, deixando a demanda “mais leve”, bem como as intervenções comunitárias, de lado ou com menor incidência na rotina de trabalho.

Foi nesta gestão que se iniciou a construção dos mecanismos substitutivos aos hospitais, quais sejam, os Centros de Convivência e os Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), versão mineira dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Neste período, instaurou-se a Política de Saúde Mental de Belo Horizonte marcando visível ruptura com os projetos realizados até então. Ferreira-Neto (2011) explica que o projeto propõe o abandono do modelo americano de psiquiatria, adotado pelo Programa de Saúde Mental da Região Metropolitana de Belo Horizonte, de 1985, para adotar a concepção antimanicomial e a criação de rede substitutiva à internação em hospital psiquiátrico. Desse modo, a política afirma que o CERSAM compõe a rede de assistência que visa a substituir o hospital psiquiátrico. Além disso, houve priorização da clientela atendida pelas equipes de saúde mental, consolidando o público prioritário para os neuróticos e psicóticos graves, qualificados como prioritários para o atendimento. Ferreira-Neto (2011) argumenta que isto levou a uma ação, por parte da gestão, de “desestímulo ao atendimento dos casos considerados mais leves, bem como a participação em grupos de outros programas como aqueles voltados para ‘gestantes e diabéticos’” (Ferreira-Neto, 2011, p. 116)

Uma das medidas adotadas para a organização desta nova rede foi a garantia de agendamento de atendimento ambulatorial nos centros de saúde antes mesmo de o paciente receber alta hospitalar. Este fluxo impediu que os pacientes egressos ficassem sem atendimento e também “garantiu a chegada dos egressos nas unidades básicas de saúde, rompendo o circuito alta – residência – crise - nova internação” (Ferreira-Neto, 2011, p. 117)

Em consonância com este pensamento, Lobosque e Abou-Yo (1998) comentam sobre os quesitos básicos estabelecidos para o funcionamento das equipes de saúde mental, entre eles, “a prioridade para os casos graves; o compromisso com o atendimento de egressos de hospitais psiquiátricos e com os pacientes encaminhados dos CERSAMs, além da necessidade de romper com o automatismo da resposta oferecida aos problemas do atendimento infantil” (p. 253)

Complementando esta ideia, a linha guia de saúde mental do estado apresenta os critérios de encaminhamento para as equipes de saúde mental e aborda que estas devem atender também os pacientes muito graves que não se encontram em crise: psicóticos por vezes “estáveis”, porém vivendo em situação de isolamento e apatia; outros que vivem conflitos familiares; e, ainda, os que tiveram sua integridade psíquica prejudicada por um longo tempo

de sofrimento mental, e/ou por uma história de cronificação institucional. Estes pacientes devem ser avaliados pela Equipe de Saúde Mental. Além disso, o texto aborda que

Deve-se considerar, caso a caso, como atendê-los para além do mero alívio dos sintomas pessoais ou familiares. Muitos eles estarão desejosos de falar: cumpre ouvi-los! Muitos outros perderam já este desejo: cumpre suscitá-lo! (...) Também os egressos dos hospitais psiquiátricos, nas regiões em que existem, devem receber toda atenção da unidade básica – visando a tornar desnecessária uma nova internação. (Minas Gerais, 2006, p. 58)

Acerca da prioridade para este público estabelecido, Lobosque e Abou-Yo (1998) comentam que atualmente já não é mais possível recusar atendimento a um caso grave ou a um egresso. “Insistindo firmemente neste ponto, foi possível conseguir que os pacientes de alta hospitalar saiam já com consulta marcada em um centro de saúde.” (Lobosque & Abou-Yo, 1998, p. 254)

Percebe-se, com os relatos acima, que existe um consenso a respeito do público prioritário para o atendimento das equipes de saúde mental, quais sejam os casos graves de adoecimento mental, bem como os egressos de internações psiquiátricas, enfatizando a necessidade de haver espaço para o acompanhamento deste público, até então restrito às instituições de saúde mental, junto à atenção básica. No entanto, deixa o questionamento sobre qual será o espaço para o acompanhamento dos casos leves que chegam em grande escala às unidades básicas de saúde à procura de um lugar que acolha o seu sofrimento.

O último momento trazido por Ferreira-Neto (2011) na história da política de saúde mental de Belo Horizonte é chamado de “Apoio Matricial” e inicia-se nos anos 2000 com a implantação da Estratégia Saúde da Família como principal reorientadora do modelo assistencial de atenção à saúde, como já apresentado no primeiro capítulo deste estudo. Em Belo Horizonte, o programa foi implantado em 2002 com o nome de BH Vida.

Neste novo formato de trabalho na Atenção Primária, o Ministério da Saúde propõe a criação das equipes de Saúde da Família, responsável territorialmente pela saúde da população adstrita, e das equipes complementares ou equipes de Apoio Matricial, estas últimas formadas por profissionais que não estão incluídos na equipe de Saúde da Família, o que abrange as equipes de saúde mental.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica (Brasil, 2004), as equipes de Saúde da Família e de saúde mental devem atuar a partir do contexto familiar, propiciando os cuidados

em saúde mental no território. A ESM deve ajudar a eSF a trabalhar a dimensão do sofrimento psíquico, potencializando o cuidado e a abordagem integral, aumentando a qualidade de vida dos indivíduos e comunidades, e incrementando ainda as habilidades e a satisfação dos profissionais.

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, efetivando os princípios do SUS. (Brasil, 2004, p. 34)

A diretriz de trabalho da Estratégia Saúde da Família trouxe significativas mudanças no funcionamento das equipes de saúde mental. Entre elas, destaca-se maior integração com as ações da atenção básica. Ferreira-Neto (2011) relata que a reorganização sistemática das ações por meio da estratégia Saúde da Família tem alterado os fluxos e modos de funcionamento de todas as equipes, tendo como eixo organizador a atenção básica e o Apoio Matricial, instaurando um movimento de interação e diálogo.

Percebe-se o impacto dessa reestruturação na fala de um psicólogo entrevistado:

(...) em 2002 né, que foi é, criada a estratégia do Saúde da Família, do Programa de Saúde da Família. Então teve toda uma reestruturação do Centro de Saúde na questão da assistência mesmo aos portadores de saúde mental. Porque antes a saúde mental ficava mais, vou chamar assim entre aspas, isolada. Tinha psicólogo, psiquiatra, mas a gente trabalhava nos consultórios com a agenda fechada, né? Assim, fechada no sentido que a gente marcava as consultas, é... E aí a gente recebia o encaminhamento do enfermeiro, do médico, não tinha a Equipe de Saúde da Família. (Entrevistada 4)

É interessante perceber os desafios do processo de articulação entre essas duas equipes. Abou-Yo et al (2008) contam que houve algumas tensões nesta integração, pois, por um lado, a Equipe de Saúde Mental “temia o modelo assistencial do Programa Saúde da Família, centrado na lógica da vigilância à saúde e da qualidade de vida, levasse a um aumento da demanda de uma clientela não priorizada pelo projeto (...)” (p. 19), por outro lado, as equipes de Saúde da Família “achavam-se despreparadas para o atendimento dos portadores de sofrimento mental.” (Abou-Yo et al, 2008, p. 19)

Ferreira-Neto (2011) argumenta que, com o advento da ESF, a Secretaria de Saúde de Belo Horizonte redige documento intitulado “Saúde mental na assistência básica” visando a estabelecer parâmetro para a relação entre o projeto da saúde mental e o BH-Vida. O autor

argumenta ainda que este documento teve a peculiaridade de ter sido escrito conjuntamente entre coordenação de saúde mental e gerências de Atenção à Saúde, ainda que a redação tenha linguagem e ideário claramente ligados à saúde mental.

A partir desta integração, há reformulação da prática e dos fluxos das equipes de saúde mental para se articular com a equipe de Saúde da Família, uma vez que esta representa a porta de entrada para o sistema de saúde, bem como a diretriz estratégica do Ministério da Saúde para ordenar todo o sistema.

A organização do fluxo de atendimento em saúde mental, no contexto dessa parceria, monta uma linha de cuidados em que todos são convocados, inclusive o paciente, a contribuir na construção de um projeto terapêutico fundamentado no vínculo estabelecido entre o paciente e a rede que o referencia. (Abou-Yo et al, 2008, p. 23)

No âmbito da integração das equipes, o referido documento (citado por Ferreira-Neto, 2011) preconiza que a Equipe de Saúde Mental deverá priorizar o atendimento aos portadores de sofrimento mental grave e persistente e a ESF se responsabilizará pelas necessidades clínicas da clientela. A ESM continuaria acolhendo outras demandas mais leves, mas estas seriam atendidas pelas ESF, com apoio da ESM. No que tange ao trabalho conjunto, o documento fala da importância da discussão conjunta de casos entre as duas equipes “(...) como forma de intercambiar cotidianamente, no trabalho concreto, saberes e competências, bem como, progressivamente, ir delimitando a clientela” (p. 123)

Inicia-se, pois, o trabalho de matriciamento em saúde mental, na medida em que todas as demandas de saúde mental que chegassem ao centro de saúde necessitariam inicialmente, passar pelo acolhimento com a equipe de Saúde da Família, referência para todos os usuários adscritos no território, para, em seguida, passar à Equipe de Saúde Mental que, agora, não trabalharia sozinha, mas integrada ao modo de trabalho das equipes de Saúde da Família.

É isso que se percebe na fala de uma entrevistada:

Quando isso mudou, esse jeito de trabalhar, se criou, foram criadas as equipes, aí eles passaram a ser os primeiros a acolher é, todos os usuários, inclusive da saúde mental. E aí eles é que passaram a encaminhar pra nós, que antes eles encaminhavam também, mas a gente recebia muitos diretamente pra nós. A pessoa chegava no Centro de Saúde é, com alguma questão, procurando um psicólogo ou psiquiatra, já ia diretamente até a nossa porta, literalmente, e a

gente marcava um horário na nossa agenda. Com a estratégia de Saúde da Família aí passou a você ter o acolhimento feito pelas equipes e eles então passaram a discutir conosco os casos da saúde mental. (Entrevistada 4)

Abou-Yo et al (2008) afirma que seguindo o pressuposto de que “toda a população (criança, adolescente e adulto) deve ser acolhida e referenciada por uma Equipe de Saúde da Família, também o paciente (...) da Saúde Mental deve entrar na Rede de Saúde por esta Equipe.” (p. 20). E continua afirmando que a responsabilização do PSF por estes usuários não só tornou mais ágil o acesso do paciente grave, quando necessário, à Saúde Mental, como também impôs um desafio à clínica médica tradicional, que passou a ter que buscar outras saídas. (p. 23)

É assim que conta a referência técnica entrevistada:

Com a vinda do PSF é que deu início ao matriciamento porque a saúde mental deixa de fazer o acolhimento direto, a eSF passa a ser a porta de entrada do centro de saúde para todo e qualquer caso, mas isso não foi de uma vez, isso foi gradativo, porque a gente tinha regionais que ainda faziam esse acolhimento direto. Então não foi uma coisa assim institucionalizada como hoje a gente vê as diretrizes bem descritas. Ela foi bem gradual e parece que até certo ponto ficou a cargo do gerente. Parece que da organização do serviço de dentro da unidade.” (Entrevistada 6)

A estratégia Saúde da Família, como visto anteriormente, é norteadada pela noção de território de responsabilidade sanitária e busca trabalhar com os determinantes sociais da saúde e da doença, compreendendo saúde sob uma perspectiva não apenas física, mas psicossocial, buscando, portanto, a inserção sócio-territorial das pessoas em sofrimento mental. O Apoio Matricial surge, então, como dispositivo organizativo para direcionar o trabalho das equipes de Saúde da Família no sentido de ampliar o campo de conhecimento desses profissionais, compartilhando saberes com profissionais de outras categorias diferentes daquelas presentes na equipe de referência.

Ferreira-Neto (2011) argumenta que este novo processo de trabalho tem o potencial de fortalecer o vínculo entre os pacientes com algum tipo de sofrimento mental e a unidade de saúde à qual ele e sua família estão vinculados, ficando, pois, o nível secundário e terciário, como o CERSAM ou CAPS, apenas para acolher os momentos da crise.

A integração entre equipe de Saúde da Família e Equipe de Saúde Mental, agora com diretriz de trabalho voltada para o Apoio Matricial, pode ser percebida na fala do psicólogo entrevistado:

Olha, é, é um trabalho que vai se construindo pouco a pouco, né? Até porque antes, como eu tava dizendo, antes o paciente portador de sofrimento mental ele era do psiquiatra e do psicólogo, às portas fechadas dentro do consultório. E agora não, né? Ele é um paciente que circula, ele é um paciente que a equipe é responsável por ele, existe as equipes de referência que são as equipes de PSF e tem o Apoio Matricial que é um psicólogo e psiquiatra que compõem a equipe do Apoio Matricial, mas toda a equipe é responsável e o paciente assim, aquilo que era só da Saúde Mental, né? Não. Ele agora pertence a toda a equipe. (Entrevistada 5)

Além da proposta já apresentada acerca do trabalho da Equipe de Saúde Mental, têm-se também as reuniões distritais envolvendo tanto a Equipe de Saúde Mental, quanto as equipes de Saúde da Família que, segundo Abou-Yo et al (2008) são momentos que refletem o trabalho integrado ao Distrito de saúde, buscando o envolvimento de todas as gerências das unidades básicas de saúde com a temática da Saúde Mental, participando das reuniões das microrregiões, redefinindo metas a partir do levantamento do perfil de atendimento dos profissionais da Saúde Mental, organizando cronogramas, promovendo encontros.

E aí a gente faz isso, a reunião de micro da saúde mental que é uma vez por mês que atualmente acontece no CS União, pra ver como está o trabalho da saúde mental na regional. (Entrevistada 1)

Passado esse processo de reconfiguração, Silva (2005) afirma que a política de saúde mental de Belo Horizonte foi redefinida a fim de alcançar a construção de rede integrada de serviços; formulação e implementação de programas e ações capazes de responder às demandas de saúde mental dos diversos territórios; fomentar práticas que contribuíssem para o processo de desinstitucionalização.

Atualmente, Belo Horizonte, conta com 147 centros de saúde na cidade e o número de equipes de saúde mental foi ampliado, de modo que cada centro de saúde da cidade conta com uma equipe. No entanto, apenas o psicólogo é profissional fixo e exclusivo, visto que o psiquiatra, de uma forma geral, ainda atende à demanda de mais de um centro de saúde, e o assistente social não é exclusivo da Equipe de Saúde Mental, atendendo outras demandas sociais da unidade básica de saúde como um todo.

Então nessa unidade aqui ela tem um psiquiatra de referência, que tá lotado aqui, ele referencia mais três Centro de Saúde.” (Entrevistada 5)

Uma característica importante apontada por Ferreira-Neto (2011) é que as equipes de saúde mental em Belo Horizonte não assumem a função de retaguarda, na medida em que dividem o cotidiano com as equipes de Saúde da Família, já que estão lotadas nas UBS, trabalhando juntamente com as equipes de Saúde da Família. Perspectiva diferente da condução nacional da política do Apoio Matricial, uma vez que as equipes de apoio devem acompanhar várias equipes de Saúde da Família, ficando em trânsito entre, até três unidades de saúde, apoiando até oito equipes de Saúde da Família.

Um impasse que este novo modelo de funcionamento tem gerado, ainda segundo Ferreira-Neto (2011), é que em decorrência da priorização dos casos graves e persistentes, não se sabe o que fazer com o grande contingente dos transtornos mentais comuns que procuram em demasia as unidades básicas de saúde para atendimento. Percebe-se claramente o avanço da política no âmbito do acolhimento aos casos graves, bem como no de egressos de internações psiquiátricas, mas em relação ao grande contingente de população que chega às unidades básicas de saúde demandando acolhimento para o seu sofrimento psíquico, ainda não há uma política clara.

Outro impasse surge com a chegada das equipes do NASF. Como mencionado no capítulo anterior, o NASF tem o objetivo de trabalhar também na perspectiva do Apoio Matricial às Equipes de Saúde da Família, com equipe interdisciplinar, tendo entre eles profissionais ligados à saúde mental, como o psicólogo. Em Belo Horizonte, as equipes de NASF foram criadas por volta do ano de 2008, coexistindo e dividindo espaço com a ESM, que até então cuidava de toda a demanda de saúde mental. Estabelece-se, então, a necessidade de delimitação entre o trabalho desses dois profissionais que compõem equipes diferentes, mas com o foco de trabalho na saúde mental. Esta tensão surgida com a chegada de mais uma equipe de trabalho não será o objetivo deste trabalho, embora apareça de forma sutil na análise dos dados, merecendo, pois, um estudo mais aprofundado.

Em Belo Horizonte, especificamente, o NASF integrou a política de reabilitação no SUS-BH, que enfatiza ações de promoção da saúde, reabilitação e inclusão social. Azevedo (2011) aponta que os NASF foram inicialmente identificados como Núcleos de Apoio a Saúde

da Família – Reabilitação (NASF-R), com o objetivo principal de fornecer suporte às equipes de Saúde da Família no que diz respeito às ações de reabilitação.

Sobre a história de implantação do NASF em Belo Horizonte, Azevedo (2011) conta que a Secretaria Municipal de Saúde cria, no ano de 2005 (anterior à portaria do NASF), os Núcleos de Apoio à Reabilitação (NAR) com o objetivo de implantar ações de reabilitação na Atenção Primária, possibilitando o acesso da população a intervenções preventivas, promotoras e reabilitadoras.

A criação deste núcleo buscava atender às necessidades dos indivíduos com perdas funcionais e com algum grau de dependência de suas famílias. As equipes do NAR eram compostas por “assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais e uma coordenação técnica.” (Azevedo, 2011, p. 50)

Com a criação do NASF em 2008, através da portaria interministerial 154, Coimbra et al (2010, citado por Azevedo, 2011) apontam que a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte identificou semelhanças no trabalho desenvolvido pelo NAR e pelo NASF. Entre elas, estão os fatos de: não se constituir como porta de entrada do sistema; trabalhar na perspectiva do Apoio Matricial junto às eSF e o território de abrangência; possuir equipes compostas por diversas categorias profissionais; responsabilizar-se compartilhadamente pelos casos; promover discussão/elaboração conjunta de planos terapêuticos com as equipes de Saúde da Família. “A partir dessas semelhanças, a Secretaria Municipal de Saúde decidiu ampliar, por meio da proposta do NASF, a experiência do NAR para todo o município e integrar as ações de promoção à saúde e assistência farmacêutica.” (Coimbra et al, 2010, citado por Azevedo, 2011, p. 51)

Atualmente, em Belo Horizonte o objetivo geral do NASF é a implementação de ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e reabilitação na Atenção Primária, a fim de ampliar a resolubilidade e abrangência das ações, mantendo e/ou melhorando as condições de saúde da população. O NASF deve, portanto, junto com as equipes de Saúde da Família, prestar assistência aos usuários das áreas de abrangência com demanda para reabilitação, prevenção e promoção à saúde (Belo Horizonte, 2010).

Azevedo (2011) aponta que os profissionais do NASF focalizaram suas ações em usuários que requeressem cuidados de reabilitação, definindo sua conduta de acordo com cada situação.

Percebe-se que o foco na reabilitação dos NASF em Belo Horizonte permitiu maior inserção de algumas categorias profissionais como fisioterapia, nutrição e educação física, por exemplo, mas se justapôs à de outras categorias, como psicólogos e assistentes sociais, já atuantes em outras equipes da atenção básica. (Azevedo, 2011, pp. 54)

Esse breve contexto é importante para justificar o motivo pelo qual os psicólogos do NASF não foram entrevistados. Todo o trabalho do matriciamento em saúde mental já era desenvolvido pelas equipes de saúde mental, ficando o NASF mais especificamente a cargo de ações de reabilitação.

Retomando o foco da saúde mental, atualmente, o mapa da assistência à Saúde Mental de Belo Horizonte é composto por: Equipes de Saúde Mental nos Centros de Saúde, para acompanhamento e sustentação de projetos terapêuticos singulares e territorializados; os Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) para situações de crise; os Centros de Convivência, para o resgate dos laços sociais; os Serviços de Residência Terapêutica, para a reabilitação civil de egressos de internações de longa permanência; e as Equipes Complementares para dar suporte ao atendimento da criança e do adolescente. (Abou-Yo, 2008, p. 17)

Transformando estas informações em números, atualmente a cidade conta com sete Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), nove Equipes Complementares à Criança e ao Adolescente, um Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP), um Centro de Referência em Saúde Mental infantil (CERSAMi), nove Centros de Convivência, vinte e dois Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), três Centros de Referência em álcool e outras drogas (CERSAMad), nove Núcleos do Projeto Arte da Saúde, entre outros serviços que também compõem esta rede.

Os CERSAMs constituem dispositivos de atendimento à crise e acompanhamento intensivo de crises cujas características não sejam compatíveis com o atendimento prestado no centro de saúde. Atualmente têm funcionamento de segunda a segunda, estando abertos 12h por dia, com possibilidade de hospitalidade noturna para os casos mais agudos e graves, com

possibilidade de tratamento medicamentoso e terapêutico através do trabalho de uma equipe interdisciplinar composta por psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, farmacêutico, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Comparando com a esfera política nacional da saúde mental, o CERSAM equivale ao CAPS III, pelo seu funcionamento 24h, com possibilidade de pernoite para os casos mais graves. Além do CERSAM especificamente voltado ao tratamento do portador de sofrimento mental, tem-se o CERSAM álcool e outras drogas que lida com as questões ligadas aos usuários adictos de algum tipo de substância entorpecente, e há também o CERSAM infantil, que acompanha crianças e adolescentes até os 18 anos de idade para tratamento de transtornos mentais.

Os Centros de Convivência constituem-se em espaços de produção cultural e artística, através de oficinas de arte destinadas aos usuários de saúde mental que ali se encontram sem “qualquer mediação *psi*” (Lobosque & Abou-Yo, 1998) onde circulam crianças, adultos, idosos e portadores de sofrimento mental. Os monitores não são técnicos da saúde mental, mas artistas das diversas modalidades de arte (músicos, artistas plásticos, artesãos). Constitui-se como primeiro passo em direção à produção e ao trabalho.

O projeto Arte na Saúde é voltado para o público infantojuvenil e tem proposta similar à do Centro de Convivência. Aproveita espaços comunitários de um bairro, utiliza pessoas da própria comunidade como monitores, inclusive portadores de sofrimento mental, oferecendo oficinas diversas para crianças e adolescentes. “Convidar crianças, sejam arteiras ou inibidas, a fazer arte neste espaço tem sido certamente, para crianças e adultos, uma forma divertida de travessuras.” (Lobosque & Abou-Yo, 1998, p. 256)

A proposta das Equipes Complementares de Saúde Mental na Atenção Básica é de dar conta da demanda de saúde mental voltada para o público de crianças e adolescentes. Abou-Yo et al (2008) explicita que antes da criação dessas equipes, a atenção à saúde mental de crianças e adolescentes se resumia a iniciativas pontuais e isoladas. A partir de 1993, o investimento neste público tornou-se prioritário e constitutivo da Política de Saúde Mental de Belo Horizonte. (Abou-Yo et al, 2008, p. 69). Atualmente, de acordo com a política do município, essas equipes são formadas por psiquiatra infantil, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional. As crianças e os adolescentes em sofrimento mental são avaliados e acolhidos pela equipe de Saúde da Família. Em seguida, sendo necessário, aciona-se a equipe complementar.

A apresentação da rede de saúde mental do município estudado foi importante para situar o leitor diante do quadro de análise a ser apresentado a seguir. Retomando o contexto da pesquisa, o objetivo deste trabalho é entender o funcionamento das equipes de saúde mental, visto serem estas as responsáveis pelo AM em saúde mental, correlacionando-as com a perspectiva teórica do Apoio Matricial, compreendendo como o trabalho com esta estratégia tem sido realizado e qual a efetividade diante das demandas de saúde mental existentes na atenção básica em saúde, tendo como “lente” a percepção do psicólogo, compreendido como profissional que compõe esta equipe, estando, atualmente, presente em todos os centros de saúde da cidade.

CAPÍTULO 3: APRESENTAÇÃO DA METODOLOGIA DE PESQUISA

O objetivo principal desta pesquisa é compreender como o Apoio Matricial em saúde mental vem sendo apropriado pelos psicólogos que exercem esta função junto à Atenção Primária em Saúde na experiência da cidade de Belo Horizonte.

Como objetivos específicos, pretende-se: 1) conhecer o histórico de implementação da saúde mental e o Apoio Matricial em Saúde Mental, bem como sua articulação com a atenção primária no sistema de saúde; 2) conhecer o processo de criação das equipes de matriciamento no contexto da referida cidade estudada; 3) analisar a percepção dos psicólogos acerca de seu papel de apoiador matricial; 4) descrever as práticas concernentes ao trabalho do psicólogo apoiador.

A pesquisa foi de cunho exploratório, de caráter qualitativo, utilizando como instrumento entrevistas semiestruturadas individuais com cinco psicólogos envolvidos com o Apoio Matricial em saúde mental da rede de saúde mental do município de Belo Horizonte, além de dois representantes da gestão que também estivessem envolvidos com tal trabalho. O quadro a seguir apresenta algumas características dos entrevistados a fim de ajudar o leitor a compreender no momento da análise:

	Função	Tempo de trabalho em ESM
Entrevistado 1	Psicóloga ESM	6 anos
Entrevistado 2	Psicólogo ESM	10 anos
Entrevistado 3	Psicóloga ESM	6 anos
Entrevistado 4	Psicóloga ESM	16 anos
Entrevistado 5	Psicóloga ESM	6 anos
Entrevistado 6	Referência técnica de saúde mental da regional de saúde	6 anos
Entrevistado 7	Gerente de unidade básica de saúde	5 anos

Além disso, realizou-se também observação-participante durante três reuniões de Apoio Matricial, bem como entrevista com dois representantes do nível gerencial, a fim de compreender também a visão da gestão acerca da estratégia do Apoio Matricial.

Inicialmente, realizou-se contato com a coordenação de saúde mental da prefeitura de Belo Horizonte com o fito de apresentar o projeto e fazer ajustes necessários à realidade municipal para escolha do campo a ser pesquisado. Em seguida, a referida coordenação

articulou o contato com as regionais de saúde pretendidas, que informaram os gerentes das unidades básicas de saúde sobre esta pesquisa de campo.

A partir dessas pactuações, escolheram-se como campo quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de Belo Horizonte, localizados em duas regiões distritais de saúde, quais sejam: Regional Nordeste – Centro de Saúde Efigênia Murta, Centro de Saúde Dom Joaquim, Centro de Saúde Gentil Gomes; Regional Noroeste – Centro de Saúde Jardim Montanhês.

É importante destacar que a pesquisa foi realizada com o consentimento de todos os envolvidos no processo, incluindo gerentes das UBSs, profissionais pesquisados, gerentes regionais, bem como a equipe da coordenação de saúde mental envolvida no trabalho, tanto para a realização das entrevistas, quanto para a observação-participante das reuniões de matriciamento. O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) utilizado na pesquisa encontra-se no apêndice deste trabalho.

A opção pelo enfoque qualitativo deveu-se ao fato de tratar-se de uma perspectiva de construção do conhecimento que se dá de forma dialógica junto aos profissionais, além de “fundamentar-se em uma estratégia baseada na coleta de dados e interações sócio ou interpessoais, analisadas a partir dos significados que sujeitos e/ou pesquisador atribuem ao fato”. (Chizzotti, 1998)

A escolha pela entrevista semiestruturada apoiou-se no fato de ser uma técnica de pesquisa qualitativa bastante rica de interação entre duas pessoas. É um instrumento que procura, através de um roteiro previamente estabelecido de perguntas, apreender determinados conceitos e visões vindos de outra pessoa. Segundo Minayo (2010), “entrevista, tomada no sentido amplo de comunicação verbal, e no sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico, é a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo.” (p. 261)

Além disso, é um método que permite ao entrevistado falar livremente sobre a pergunta proferida, mantendo certa estruturação através da criação de roteiro prévio. Flick (2004) preconiza que a entrevista semiestruturada focal é caracterizada por questões não-estruturadas no princípio, e uma maior estruturação é introduzida no decorrer do processo, para evitar que o sistema de referência do entrevistador seja imposto sobre os pontos de vista do

entrevistado. Assim, propõe que o entrevistador deve abster-se, na medida do possível, de fazer avaliações precoces, devendo desempenhar um estilo não diretivo de conversa. (p. 90).

Todas as entrevistas foram gravadas com consentimento livre esclarecido dos participantes, tendo sido posteriormente transcritas, e as questões tiveram o objetivo de conhecer a rede de saúde mental da cidade; a percepção conceitual e prática dos psicólogos a respeito de seu papel de Apoio, versando sobre o processo histórico de criação das equipes de Apoio Matricial; a integração com as equipes de Saúde da Família, a rotina de trabalho do apoiador dentro das unidades de saúde; a organização de seu processo de trabalho; a compreensão pessoal sobre o papel do apoiador; e a percepção sobre a efetividade desse papel na prática profissional dentro da Atenção Primária.

Já a observação-participante, segundo Lofland e Lofland (citado em May 2004), é o processo no qual um investigador estabelece um relacionamento multilateral e de prazo relativamente longo com uma associação humana na sua situação natural com o propósito de desenvolver um entendimento científico daquela associação. (p. 177). Para May (2004) a meta do pesquisador de entender a realidade social é reforçada também pela consideração de como eles são afetados pela cena social, o que acontece nela e como as pessoas, incluindo eles mesmos, atuam e interpretam nas suas situações sociais. (p. 181)

A observação-participante foi realizada na participação em reuniões de matriciamento ocorridas em três centros de saúde, com o intuito de observar os assuntos abordados, a participação do psicólogo no contexto dessas reuniões, bem como sua interação com os demais campos de saberes. Para registro da reunião, foram feitas anotações em diário de campo do pesquisador, com consentimento dos presentes.

Para análise dos dados, utilizou-se como referência a Análise de Conteúdo que, de acordo com Bardin (1995), é um método de investigação compreendido não apenas como "um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens", mas principalmente com a "intenção de inferência de conhecimentos relativos às condições de produção, inferência esta que recorre a indicadores" (p. 38).

Minayo (2010) destaca também que a análise de conteúdo, em termos gerais, relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam

suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem. (p. 203)

Para destacar, Minayo (2010) menciona que todo o esforço teórico para desenvolvimento de técnicas, visa – ainda que de formas diversas e até contraditórias – a ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica frente à comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou observação. (p. 203)

Para fins desta pesquisa, foram feitos a análise de conteúdo dos dados colhidos e o elencamento de aspectos para análise. Este material encontra-se no quarto capítulo deste trabalho, que se refere ao capítulo analítico.

CAPÍTULO 4: COM A PALAVRA, OS PROFISSIONAIS E SUAS PERCEPÇÕES: ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA

Este capítulo apresentará a análise dos dados colhidos com os sujeitos da pesquisa sobre o Apoio Matricial em saúde mental do município de Belo Horizonte. Como apresentado no capítulo primeiro, a pesquisa é de cunho exploratório, qualitativo, tendo como instrumentos de coleta entrevista semiestruturada individual, com psicólogos e gerentes, e observação-participante de reuniões de Apoio Matricial.

Ao todo foram entrevistadas sete pessoas, sendo cinco psicólogos das equipes de saúde mental e dois profissionais ligados ao nível gerencial, também ligados ao trabalho da Equipe de Saúde Mental. A maioria já está desenvolvendo a mesma função há pelo menos cinco anos, o que dá uma certa segurança em relação à compreensão do trabalho desenvolvido. Abaixo segue novamente o quadro com os dados dos entrevistados para facilitar a compreensão no momento da análise.

	Função	Tempo de trabalho em ESM
Entrevistado 1	Psicóloga ESM	6 anos
Entrevistado 2	Psicólogo ESM	10 anos
Entrevistado 3	Psicóloga ESM	6 anos
Entrevistado 4	Psicóloga ESM	16 anos
Entrevistado 5	Psicóloga ESM	6 anos
Entrevistado 6	Referência técnica de saúde mental da regional de saúde	6 anos
Entrevistado 7	Gerente de unidade básica de saúde	5 anos

A seguir, encontram-se os principais aspectos descritivos do matriciamento em Saúde Mental de Belo Horizonte, construídos a partir dos dados coletados nas entrevistas e nas observações-participantes. Os referidos aspectos foram formulados com base nas perguntas da entrevista que se encontra ao final deste trabalho, no apêndice:

1- História de surgimento da estratégia do Apoio Matricial em Belo Horizonte: trata do processo de formação das equipes e dos formatos que ela veio assumindo no decorrer do tempo, dando destaque para o período de implantação da estratégia Saúde da Família.

2- Composição da Equipe de Saúde Mental: apresenta os profissionais que compõem a equipe, bem como as peculiaridades inerentes a cada um deles.

3- *Funcionamento da reunião de matriciamento*: apresenta as características da reunião de matriciamento, os profissionais envolvidos e o processo de construção de projetos terapêuticos. Nesta se encontram, de forma mais evidente, os dados colhidos também nas três observações-participantes realizadas.

4- *Integração com a equipe de Saúde da Família/potencialidades e desafios*: os profissionais versam sobre a relação entre a Equipe de Saúde Mental e a equipe de Saúde da Família, apontando desafios e potencialidades desta integração.

5- *Rotina do psicólogo da Equipe de Saúde Mental*: aqui se adentra mais especificamente na função do psicólogo dentro desta equipe, elencando-se suas principais contribuições no desenvolvimento do trabalho em saúde mental na Atenção Primária em saúde.

6- *Fluxo para os atendimentos individuais*: após falar sobre a rotina do psicólogo, aborda-se a principal atividade desenvolvida pelos mesmos e o fluxo seguido pela equipe para os atendimentos individuais do psicólogo.

7- *Trabalho do psicólogo enquanto profissional de Apoio Matricial em saúde mental*: apresenta a percepção dos psicólogos e dos gestores acerca do papel do psicólogo no processo de Apoio Matricial em saúde mental.

8- *Apoio Matricial e trabalho em rede*: traz as principais contribuições do Apoio Matricial, nas palavras dos entrevistados, no trabalho em rede

9- *Relação entre Equipe de Saúde Mental e NASF*: buscam-se trazer alguns elementos percebidos da relação entre essas duas equipes de Apoio Matricial, ambas ligadas à equipe de Saúde da Família e contando com a participação do psicólogo na equipe.

10- *Desafios do Apoio Matricial*: aborda os principais desafios presentes no trabalho do Apoio Matricial.

11- *Efetividade do Apoio Matricial*: por último, aborda a percepção dos entrevistados acerca do que há de efetivo e de potente no trabalho sob a perspectiva do Apoio Matricial.

4.1 História de surgimento da estratégia do Apoio Matricial em Belo Horizonte

Como mencionado no capítulo anterior, os profissionais relatam sobre os diversos cenários vividos pelas equipes de Saúde Mental, tendo na implantação da ESF o marco para o início do Apoio Matricial como estratégia de trabalho.

Acerca da demanda, os psicólogos contam que, quando as equipes foram criadas, não existia uma em cada unidade básica de saúde. Eram equipes volantes que se deslocavam entre as unidades de saúde, originando uma demanda de trabalho muito alta.

Na época não tínhamos um psicólogo em cada centro de saúde, então a gente tinha a equipe: o psiquiatra, o psicólogo aqui no Centro de Saúde X e a gente respondia também pelo Centro de Saúde Y e o Centro de Saúde Z. Então a gente tinha as datas dos matriciamentos e a equipe se deslocava, nessa época, para cada centro de saúde para poder efetivar o matriciamento das equipes de Saúde da Família de cada centro de saúde. Era uma demanda muito, muito grande, era mais complicado. Foi uma época que teve esvaziamento porque as equipes alegavam essa dificuldade de estar saindo do centro de saúde para vir. Foi bem complicado. (Entrevistada 1)

Nós éramos dois psicólogos, um assistente social e um psiquiatra para cada dois, três centros de saúde. E a gente acolhia. O usuário chegava com demanda de saúde mental na unidade, ele já ia direto para o acolhimento da saúde mental. Nós tínhamos os dias e horários específicos para o acolhimento. (Entrevistada 6)

Além disso, as equipes de Saúde Mental eram responsáveis por todos os acolhimentos dessa demanda que chegassem à unidade, visto que essas equipes eram consideradas porta de entrada, trabalhando de forma isolada dos outros profissionais do centro de saúde, com agenda restrita a atendimentos clínicos individuais.

Porque antes a saúde mental ficava mais, vou chamar assim entre aspas, isolada. Tinha psicólogo, psiquiatra, né? As equipes do Centro de Saúde K sempre teve equipe completa da Saúde Mental, mas a gente trabalhava nos consultórios com a agenda fechada, né? Assim, fechada no sentido que a gente marcava as consultas, é... E aí a gente recebia o encaminhamento do enfermeiro, do médico, não tinha a Equipe de Saúde da Família. (Entrevistada 4)

Além disso, a entrevistada 5 traz outra contribuição sobre este período inicial de implantação das equipes que é o modelo médico-centrado em que o psiquiatra dava as condutas e os outros profissionais assumiam uma posição secundária no atendimento à demanda.

(...) anteriormente era o modelo, né? A Saúde Mental ela trabalhava com um modelo diferente, que era um modelo tradicional, era o médico que conduzia, era aquele modelo mais consultório, né? O consultório e o médico conduzia, ele que detinha o saber e ele que conduzia todo tratamento. (Entrevistada 5)

Com a entrada da Estratégia Saúde da Família no cenário de práticas de atenção à saúde da cidade, percebe-se significativa mudança no funcionamento das equipes de Saúde Mental, saindo do isolamento das salas de consultório e do trabalho, digamos, afastado da realidade da atenção básica, para o trabalho em conjunto, considerando as peculiaridades do território, bem como as áreas de referência. As equipes de Saúde Mental deixaram de ser porta de entrada, já que este papel foi assumido pelas equipes de Saúde da Família, passando a desenvolver um trabalho conectado com essas equipes. Foi neste momento que os profissionais de saúde mental começaram a ser apoiadores matriciais e os casos passaram a ser discutidos em reuniões de matriciamento.

Quando isso mudou, esse jeito de trabalhar, se criou, foram criadas as equipes [de Saúde da Família], aí eles passaram a ser os primeiros a acolher é, todos os usuários, inclusive da saúde mental. E aí eles é que passaram a encaminhar pra nós, que antes eles encaminhavam também, mas a gente recebia muitos diretamente pra nós. A pessoa chegava no Centro de Saúde é, com alguma questão, procurando um psicólogo ou psiquiatra, já ia diretamente até a nossa porta, literalmente, e a gente marcava um horário na nossa agenda. Com a estratégia da Saúde da Família aí passou a você ter o acolhimento feito pelas equipes e eles então passaram a discutir conosco os casos da saúde mental. E aí começou toda a questão do Apoio Matricial que as Equipes de Saúde Mental passaram a constituir esse apoio propriamente, pra dar esse subsídio pras equipes, né? (Entrevistada 4)

Com a vinda do PSF é que deu início ao matriciamento porque a saúde mental deixa de fazer o acolhimento direto, a eSF passa a ser a porta de entrada do centro de saúde para todo e qualquer caso, mas isso não foi de uma vez, isso foi gradativo. Hoje em dia a porta de entrada é o PSF, agora já tá de uma forma uniforme em todos os centros de saúde da cidade, não só nessa regional. A porta de entrada para todos os casos, não só da saúde mental, é o PSF. (Entrevistada 6)

Em conformidade com estas ideias, o caderno de Atenção Básica (Brasil, 2010) traz que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) caracteriza-se como a porta de entrada prioritária de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde tendo um território definido sob sua responsabilidade, com uma população delimitada, “(...) podendo intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta, de forma a oferecer às pessoas atenção integral, permanente e de qualidade”. (Brasil, 2010, p. 10)

Percebe-se que a entrada da ESF no cenário da Atenção Básica trouxe avanços significativos para o trabalho da Equipe de Saúde Mental. Na medida em que estas deixam de ser porta de entrada, a demanda passa a ser referenciada nas equipes de Saúde da Família, as

equipes de Saúde Mental saem do isolamento para iniciar um trabalho compartilhado, sob a perspectiva do matriciamento.

4.2 Composição da Equipe de Saúde Mental

As equipes de saúde mental passaram por um momento anterior e posterior ao surgimento da Estratégia Saúde da Família, que foi um marco de mudança no funcionamento das mesmas.

Este marco também influenciou na composição das equipes de saúde mental, sendo que, antes da chegada da Saúde da Família, as equipes de saúde mental eram compostas por psicólogo, podendo variar entre um ou dois profissionais, assistente social e psiquiatra para atender a demanda de várias unidades básicas de saúde.

Nós éramos 2 psicólogos, 1 assistente social e 1 psiquiatra para cada 2, 3 centros de saúde. (Entrevistada 6)

É, os profissionais de saúde mental, sejam psiquiatra, psicólogos e até assistente sociais, também voltados à saúde mental eles já existem na rede há bem mais tempo, mas sem uma definição da cidade de uma política, de um atendimento ao sofrimento mental. (Entrevistada 7)

Atualmente, as equipes mudaram este cenário, sendo que cada unidade básica de saúde tem um psicólogo, único profissional exclusivo da Equipe de Saúde Mental. A equipe também conta com psiquiatra que, no entanto, é referência para mais de um centro de saúde devido à escassez desses profissionais na atenção básica, e com um assistente social, sendo que este profissional é da unidade básica como um todo, não necessariamente lotado na saúde mental. É, de certo modo, opção do profissional compor ou não esta equipe.

Dos profissionais entrevistados, apenas um tinha uma equipe completa com psicólogo, psiquiatra e assistente social. As outras contavam basicamente com psicólogo e psiquiatra, e uma especificamente contava apenas com o psicólogo, pois o psiquiatra tinha deixado a unidade.

Eu, psicóloga, o H., psiquiatra e a T., assistente social. A T. tem uma experiência grande de saúde mental, ela já foi referência técnica da regional Pampulha, já trabalhou no CERSAM X. Hoje a gente tem uma equipe

completa. Hoje a gente está com um perfil mais tranquilo para trabalhar (Entrevistada 1)

Eu faço parte da equipe, tem um psiquiatra, que é o Doutor X. Então nessa unidade aqui ela tem um psiquiatra de referência, que tá lotado aqui, ele referencia mais três Centros de Saúde, o X, o Y e o W. (Entrevistada 5)

Então na saúde mental, a equipe que trabalha é um psicólogo, o assistente social, ele não é mais só da Equipe de Saúde Mental, mas da unidade como um todo, é facultativo a presença dele. Tem algumas unidades que ele ainda não está presente na Equipe de Saúde Mental, mas na grande maioria ele está. Então vamos dizer que ele faz parte. Ainda tem também o psiquiatra, onde tem psiquiatra. Desde 2011 nós tivemos aquele chamamento do concurso pra ampliação das equipes de saúde mental contando com um psicólogo em cada unidade. Isso foi um ganho que nós tivemos da última conferência municipal, estadual e nacional de saúde mental que foi em 2010 e já em 2011 a gente já conseguiu contratar. (Entrevistada 6)

Percebe-se que a presença do psicólogo é massiva na Atenção Primária para o trabalho com a Saúde Mental, sendo o único profissional exclusivo da equipe, condutor do processo de matriciamento, visto que os outros estão presentes de forma menos constante. Este fato demonstra a prevalência deste profissional na saúde pública, especialmente na área da saúde mental. Ferreira-Neto (2011) destaca que a entrada desses profissional no SUS esteve muito ligado aos movimentos de luta pela Reforma Psiquiátrica, e às discussões da saúde mental, criando-se o que denominou de “campo da saúde mental” (p. 98).

4.3 Funcionamento da reunião de matriciamento

Este aspecto é o que melhor define como estão estruturadas as reuniões de matriciamento, que organizam todo o trabalho das equipes de saúde mental, definindo o fluxo para os casos compartilhados com a equipe de Saúde da Família. Segundo os próprios entrevistados, esta reunião organiza todo o processo do Apoio Matricial, ordenando o trabalho realizado. Todas as equipes de saúde mental fazem essa reunião de matriciamento.

O primeiro passo é o matriciamento, a não ser o caso que não possa aguardar, porque a reunião geralmente é uma vez ao mês, reunião de Apoio Matricial. (...) É como se a reunião de matriciamento direcionasse as atividades dali pra frente. Se vai ter uma avaliação com o psiquiatra, se vai ter esse retorno da eSF ou se aquele caso vai ficar com o psiquiatra, um período só com a eqSM depois volta pra SF pra acompanhar do ponto de vista da psiquiatria. (Entrevistada 6)

Essa reunião de matriciamento ela já tem uma estruturação assim de acontecer, ela já tem uma organização de acontecer uma vez por mês com os

profissionais de Saúde da Família. Quem participa? O médico de Saúde da Família, o enfermeiro, os agentes comunitários participam. (Entrevistada 7)

As reuniões de matriciamento costumam acontecer mensalmente em cada equipe de Saúde da Família, devendo contar com a participação de todos os profissionais que compõem as equipes envolvidas. A eSF traz os casos relacionados à saúde mental, para, junto com a Equipe de Saúde Mental, serem traçadas as intervenções necessárias para cada situação.

Quando perguntados sobre o objetivo da reunião de matriciamento, a principal meta apresentada é a de discutir casos e, partir dessa discussão, estabelecer o projeto terapêutico daquele usuário, família ou comunidade em corresponsabilização entre Equipe de Saúde Mental e equipe de Saúde da Família.

São reuniões de discussão de casos e em cima dessas discussões vão sendo construídos projetos terapêuticos ou vai, às vezes não é um caso da saúde mental e a equipe ajuda a discutir, pensar que outras alternativas possam ter para aquele caso, tanto ações que a própria equipe de SF possam desenvolver, como ações para fora do PSF, exemplo o NASF, ou está precisando de uma consulta de outra área de especialidade médica que é pro nível secundário ou pro CEM (Centro de Especialidades Médicas). (Entrevistada 6)

Um instrumento bastante utilizado nas reuniões de matriciamento foi o *livro de ata* onde são registrados todos os casos discutidos, bem como as propostas terapêuticas estabelecidas para cada caso. É dessa forma que todas as reuniões iniciam com o retorno dos casos discutidos na reunião anterior, registrados em ata, a fim de dar continuidade ao que foi conversado em reunião anterior e segue com o registro de todos os casos discutidos na presente reunião. Ao final, todos assinam e o livro fica de posse do psicólogo.

Nós temos um livro de ata, então geralmente a gente dá o retorno de alguns casos que já foram passados. (M-psicóloga 1)

Alguns psicólogos entrevistados comentaram que nas reuniões de matriciamento também acontecem momentos pedagógicos, de discussão sobre temas referentes à saúde mental, bem como decorrente de casos discutidos na reunião de matriciamento com os profissionais de Saúde da Família. Disseram ainda que este tipo de atividade tem contribuído para a melhor compreensão do que sejam os casos trazidos pela equipe, especialmente pelo agente comunitário de saúde, que é o profissional mais próximo do contexto comunitário e do dia-a-dia dos usuários das unidades de saúde.

A gente discutia às vezes temas também, por exemplo, depressão. Ou os grandes quadros, psicose é, diferenças estruturais entre psicose e uma neurose. A gente tinha momentos também de uma discussão mais teórica. Às vezes também discussão sobre uma medicação, aí já era mais específico do psiquiatra, a gente também da psicologia entrava porque a gente, pela experiência, tem alguma apropriação do uso de medicação. (Entrevistada 4)

Mas ao mesmo tempo, a gente também tem discussão de conceitos teóricos que às vezes demanda... Por exemplo, a questão do álcool e drogas... E aí a partir disso a gente faz outros tipos de trabalho com eles. Eu já passei filme para discussão, aquele filme Quebrando Tabu, nós já fizemos roda de conversa com a rede, enfim... A partir de um caso ou uma demanda em função de alguma questão de uma equipe ou de um profissional, a gente também trabalha dentro do matriciamento. (Entrevistado 2)

Sobre esta questão pedagógica, é interessante retomar o conceito de Apoio Matricial trazido por Campos e Domitti (2007) quando abordam que “(...) o Apoio Matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico (*grifo nosso*) às equipes de referência” (Campos & Domitti, 2007, p. 400), elucidando um dos papéis do AM como sendo o suporte pedagógico no sentido de capacitar as equipes de Saúde da Família para compreenderem as características da saúde mental para lidarem melhor com estas questões quando aparecem no acolhimento.

Os entrevistados também enfatizaram a questão do matriciamento como importante no processo de desmistificação do doente mental dentro da unidade básica de saúde, junto às equipes de Saúde da Família que começaram a compreender melhor o que seja a saúde mental, o usuário da saúde mental e, a partir disso, estabelecer melhor vínculo com o paciente, inclusive se apropriando mais das condutas, do manejo da medicação, sem necessariamente haver intervenção direta da Equipe de Saúde Mental, diminuindo, pois, o “abismo” existente entre os profissionais da Atenção Primária e a saúde mental e melhorando o acolhimento necessário.

Eu vejo hoje o resultado de anos de matriciamento, de apoio, onde hoje muitos dos generalistas eles já vem trazendo casos pedindo mesmo uma orientação, "eu já entrei com tal medicação, mas eu acho que a dosagem precisa ser ajustada, mas eu não entendo direto das doses". Então ele já vem solicitando uma orientação conduzir do ponto de vista médico, da prescrição médica. (Entrevistada 7)

(...) ele também traz essa desmistificação, o paciente é, começa, elas começam a conhecer mais. Porque elas falam, elas começam, abrem a percepção delas, muitas vezes, na percepção “ah, o paciente é inadequado, ele tá delirando, ele é isso”, então elas começam a, a... a conhecer o que é isso. Paciente tá inadequado, tá com comportamento inadequado, ele tá alucinando, tá delirando, como é que é isso. Elas começam a ouvir, elas começam também a conhecer o que é isso. E ver e vão aproximando mais desse paciente, vai

desmistificando isso, de que ele é perigoso, de que “ah, isso é coisa da saúde mental”. (Entrevistada 5)

O Caderno de Atenção Básica (Brasil 2010) traz a informação de que diversas experiências municipais já consolidadas demonstram que o Apoio Matricial em saúde mental melhorou a efetividade da atuação das equipes de Saúde da Família, na medida em que aumentou a capacidade das equipes de lidar com o sofrimento psíquico e integrou-as aos demais componentes da rede assistencial, permitindo que a prevenção e o tratamento dos transtornos mentais, assim como a promoção da saúde e reabilitação psicossocial, acontecessem a partir da APS.

Do mesmo modo, é interessante perceber a fala da gerente da unidade básica de saúde quando argumenta sobre a necessidade de perceber o usuário na sua integralidade, visto que apresenta questões de saúde mental, mas também questões clínicas, dificuldades sociais, conflitos familiares, e a necessidade de os profissionais da unidade básica de saúde também desenvolverem este tipo de percepção, indo ao encontro do processo de desmistificação do usuário portador de sofrimento mental.

Esse paciente ele não chega voltado pra uma clínica específica de saúde mental, a ideia é que a gente possa recebê-lo como uma pessoa que a gente possa ter um olhar integral, não especificamente pra, pras condições de um sofrimento mental, mas que a gente possa fazer esse olhar pra uma saúde mais integral desse paciente, como uma pessoa, como um sujeito mesmo né, que pode tá com diabetes, que pode tá com hipertensão, que gripa, que pode ser acometido e que precisa de, de é... de acompanhamento né, ou de conhecimento né, dos cuidados pra ter saúde né. Então o que mudou substancialmente é que esse paciente né, ele, ele não chega pra caixinhas separadas né, ele chega, a demanda dele é escutada pela é, Saúde da Família, o profissional da Saúde da Família. (Entrevistada 7)

Além disso, é interessante notar a relevância que os profissionais atribuem à reunião de matriciamento, percebida como um momento rico de encontro entre as equipes, até então inexistente na realidade da Atenção Primária, e o compartilhamento de responsabilidades na condução da saúde mental para construção do projeto terapêutico de cada caso discutido. Importante também enfatizar os momentos pedagógicos presentes nas reuniões, bem como o objetivo da desmistificação em torno do portador de sofrimento mental.

Após ser traçado o formato da reunião de matriciamento a partir da fala dos entrevistados, o próximo item trará a percepção da pesquisadora a partir da observação direta de algumas reuniões de matriciamento assistidas.

4.3.1 Reunião de matriciamento em foco: percepções da observação-participante

Como comentado no início do capítulo, além das entrevistas feitas com os profissionais, foram realizadas três observações de reuniões de matriciamento, com o objetivo de perceber a experiência da reunião acontecendo, bem como sua potencialidade e os entraves que a permeiam. Para facilitar a compreensão, denominar-se-ão as observações pelos números 1, 2 e 3.

Sobre os participantes, é importante ressaltar a participação maciça dos agentes comunitários de saúde (ACS), visto que em todas as reuniões eles estavam presentes, além de serem os primeiros a chegar, às vezes bem antes dos outros profissionais da equipe de Saúde da Família. Os enfermeiros tiveram presença na observação 1 e 2, pois na observação 3 a equipe estava temporariamente sem este profissional. Já a presença dos médicos de família foi percebida nas observações 2 e 3, sendo ambos bastante participativos e até envolvidos com a temática da saúde mental. Sua chegada à reunião, porém, aconteceu, em média, com uma hora de atraso. Na observação 1, o médico de família não participou, pois, diante da saída de outros médicos na unidade básica de saúde, aquele estava arcando com toda a demanda da unidade, não tendo condições de participar das reuniões de matriciamento de sua equipe.

A composição e a participação da Equipe de Saúde Mental foram bem diversas. Na observação 1 participaram a psicóloga e o psiquiatra (que chegou após uma hora do início da reunião); na observação 2 participaram psicóloga, psiquiatra e assistente social, restando como a única que tinha equipe completa; na observação 3, só participou a psicóloga, pois era a única integrante dessa equipe.

A duração de todas as reuniões girou em torno de 2h, tendo, porém, a reunião da observação 1 sido dividida entre duas equipes, com a primeira hora destinada aos casos da equipe A e a segunda hora aos casos da equipe B. As outras observações ficaram restritas a apenas uma equipe de Saúde da Família.

Todas as reuniões observadas utilizaram o recurso da ata para registrar a discussão e iniciaram-se com o momento de retorno sobre os casos discutidos na reunião anterior. Em geral, percebe-se que os retornos são dados pelos psicólogos. Na observação 1 houve dois retornos, na observação 2 apenas um e na observação 3 também um. Os retornos, em geral, tratavam da questão de abandono de tratamento ou dificuldade de adesão ao mesmo por parte do usuário. O psicólogo, em geral, trazia o caso à tona, compartilhando com a equipe de Saúde da Família, a fim de que estratégias fossem pensadas para lidar com a questão.

Passado o momento dos “retornos”, inicia-se a discussão dos casos novos trazidos para a reunião. Na observação 1, são trazidos oito casos da primeira equipe de Saúde da Família e mais cinco da segunda. Desses treze casos, dez são apresentados pelos agentes comunitários de saúde e cinco pela enfermeira. Este fato elucida a relevância da presença do ACS nessas reuniões como um articulador entre o centro de saúde e o território, ou melhor, da saúde mental no território.

Dos treze casos apresentados, as principais demandas em números foram, segundo a fala dos profissionais: psicoses graves em abandono de tratamento (5), ansiedade/depressão (3), idoso com problemas de saúde mental (2), usuário de alta do CERSAM (1) e criança com problemas escolares (2). Vale ressaltar que os diagnósticos apresentados foram colocados pelos profissionais envolvidos na reunião.

Dos casos apresentados, as principais propostas para construção do projeto terapêutico foram marcação de consulta com a psicóloga, ao todo seis marcações, e consulta com psiquiatra, quatro no total. Além disso, também apareceram outras propostas, em menor número, quais sejam, consulta com equipe de Saúde da Família (3), pedido de relatório da escola para os casos de crianças e adolescentes (2), encaminhamento para o CERSAM (1), acionamento de outros equipamentos sociais como o programa de abordagem de rua e o programa Mais Vida (para idosos), articulação com fonoaudióloga do NASF e uma visita domiciliar.

Um caso interessante discutido nesta reunião foi o de um usuário com psicose que não aceitava ir ao centro de saúde para atendimento. Neste caso, pensou-se em articular uma consulta por meio do setor odontológico para, a partir daí, dar início a uma abordagem da saúde mental. Foi interessante perceber a possibilidade de envolvimento de outros profissionais, além

dos profissionais *psi*, na abordagem ao portador de sofrimento mental, pois, em geral, os profissionais de outras áreas acabam por ficar excluídos dessas discussões.

Algumas percepções desta observação: a psicóloga apresenta-se como mediadora na condução da reunião, sendo a principal articuladora dos projetos terapêuticos construídos. Devido à grande quantidade de casos apresentados, as discussões ficaram bastante superficiais e centradas na marcação de consulta pela Equipe de Saúde Mental. Não houve nenhuma articulação com ações coletivas como grupos no centro de saúde ou grupos na comunidade. As intervenções grupais ou sociais entraram muito pouco no projeto terapêutico dos pacientes.

Durante a observação 2, coincidentemente, também foram discutidos trezes casos, no entanto, a maioria deles foi trazida pelo médico de Saúde da Família (7), enquanto a psicóloga trouxe quatro casos e os ACSs, apenas dois.

Quanto às demandas apresentadas, a maior parte envolvia ansiedade/depressão (4); em seguida vêm as psicoses – esquizofrenia, psicose leve, oligofrenia com psicose associada – com três casos; além desses, também foram trazidos casos de usuário em envolvimento com álcool e outras drogas, um com tentativa de autoextermínio, um com transtorno bipolar, um idoso com dificuldade de aderir tratamento e um adolescente com dificuldade de aprendizado. Ressalte-se, mais uma vez, que os diagnósticos apresentados foram colocados segundo a fala dos profissionais envolvidos na reunião.

Acerca da construção do projeto terapêutico dos casos discutidos, mais uma vez percebe-se a marcação de consulta em primeiro lugar. Nesta reunião foram marcadas seis consultas com a psicóloga e quatro com o psiquiatra. Além disso, também foram marcadas duas consultas com equipe de Saúde da Família e houve um encaminhamento para o conselho tutelar.

Algumas percepções da pesquisadora acerca desta reunião: devido ao fato de esta Equipe de Saúde Mental estar completa, as discussões acabaram envolvendo os três eixos requeridos para a saúde mental, quais sejam, o social, o psicológico e o biológico. Percebeu-se que a assistente social desta equipe é bastante apropriada da temática da saúde mental, o que facilita a sua contribuição para a reunião e para a equipe. Tanto o psiquiatra quanto o psicólogo procuram evitar a marcação intensa de consultas, mas, no caso deste, a pressão para que o atendimento aconteça acaba sobressaindo. O médico de família desta equipe demonstra boa compreensão das demandas de saúde mental e isso também facilita a discussão dos casos. Apesar da reunião ainda se constituir em um momento de repasse de casos, percebe-se o

compromisso da equipe de Saúde da Família na condução dos mesmos. A reunião não fica centrada na psicóloga, visto que os profissionais envolvidos são bastante participativos.

A observação 3 apresentou uma dinâmica diferente das reuniões acima apresentadas. Percebe-se que, devido à presença do pesquisador, a reunião inicia-se com uma discussão demorada sobre a saúde mental e matriciamento. Apesar de não contar com presença de psiquiatra, a psicóloga tem lugar de reconhecimento na equipe e a médica de família também apresenta interesse pela saúde mental.

Desse modo, escutam-se falas da médica de família presente como esta:

Antes da entrada da psicóloga eu tinha resistência, preguiça, era desintegrada. Todo mundo tinha preguiça da saúde mental. Quando ela chegou, foi que motivou a gente. Para fluir o trabalho, tem que ter o profissional presente. O bom é ter alguém pra dividir. Hoje em dia, a saúde mental tá muito medicalizada. O matriciamento é um período para discutir os casos, mas eu enquanto profissional preciso de uma capacitação para lidar/melhorar o trabalho. Eu só cheguei a querer melhorar porque tenho uma equipe para compartilhar. Isso aconteceu por conta do matriciamento. (Médica SF)

No meio dessa conversa, a ACS entra na sala comentando sobre um usuário da saúde mental atendido pela equipe, “esquizofrênico, colostomizado, em uso de medicação psiquiátrica” (sic) que se encontra na sala de espera aguardando por renovação de receita. Diante desta intercorrência, inicia-se a discussão deste caso. A ACS apresenta o caso, visto que o usuário é morador da sua microárea e também compartilha de seu convívio desde a infância dela.

Nas palavras da ACS: “Há 20 anos os sintomas começaram: vestia roupa preta, passava sabonete na cabeça, todo mundo achava ele meio estranho. Era esquisito, mas não era agressivo, mora com o pai, a mãe e os irmãos. Bom suporte familiar. É autônomo, pinta quadros, já frequentou centro de convivência, passou muito tempo estabilizado.” (ACS)

A psicóloga sugere levantar a história dele através da mãe, tendo em vista o bom suporte familiar. A ACS compartilha o medo da periculosidade do doente mental e a médica de família intervém com uma breve explicação do que seja a psicose e o estigma em torno da questão.

Psicóloga faz um resgate do processo de acompanhamento terapêutico do paciente naquela unidade: “M foi acompanhado pela ACS, depois pela médica, por último pela

psicóloga, foi indicado para ir ao CERSAM, mas não foi, ficou persecutório com a psicóloga.” (Entrevistada 3) Como projeto terapêutico, a médica de família sugere marcar atendimento com a família, a psicóloga vai chamar a mãe do paciente para conversar e a ACS continuará no processo de aproximação com a família.

Após a discussão deste caso, outra ACS participante da reunião traz o caso de um adolescente que sofre de negligência por parte da mãe. A médica conta que já tratou a dermatite psicogênica da mãe e que a criança está em uso de medicação para TDAH (transtorno de déficit de aprendizagem e hiperatividade). A psicóloga apresenta a história do paciente colhida em atendimento com a mãe e a criança e questiona o diagnóstico de TDAH. Neste momento, a médica sugere a necessidade de tratar a mãe do adolescente. Como projeto terapêutico, a médica fica de marcar atendimento com a mãe, e a psicóloga sugere encaminhá-lo para o projeto Arte na Saúde e discutir o caso na escola.

Algumas impressões da pesquisadora: percebe-se a boa integração entre psicóloga e eSF. Nesta observação percebe-se que a reunião de matriciamento não se restringe apenas a passar caso e marcar consulta. Os casos são bastante discutidos, o que só permitiu a discussão de dois deles, diferente das outras duas reuniões observadas. Além disso, a psicóloga assume a condução da reunião, levando sempre a responsabilidade para a equipe de Saúde da Família.

Diante das três reuniões observadas, percebe-se que ainda há a predominância do atendimento individual como projeto terapêutico para a maioria dos casos de saúde mental. Há pouca ou nenhuma intervenção grupal e coletiva. O psicólogo ainda é o principal articulador desses momentos e, devido à grande demanda, os casos são discutidos de forma superficial, restringindo-se, em sua maioria, à mera “passagem de caso”. Mesmo assim, percebe-se que as reuniões são espaços potentes de trabalho compartilhado entre Equipe de Saúde Mental e equipe de Saúde da Família, ou seja, é um momento de encontro entre as equipes, sedimentando-se nas agendas dos profissionais e refletindo o suporte necessário para o acompanhamento dos casos da saúde mental.

As reuniões de matriciamento lembram o conceito de construção do Projeto Terapêutico Singular que, relembrando o que foi discutido no capítulo teórico, é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar com Apoio Matricial, se necessário. Tem o objetivo de propiciar uma atuação integrada da equipe, valorizando outros aspectos além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação. No entanto, percebe-se que as ações

propostas nas reuniões observadas ainda se restringem ao âmbito clínico, individual e psiquiátrico, necessitando avançar na perspectiva psicossocial, grupal e coletiva, utilizando-se mais dos recursos do território como terapêutica para as questões da saúde mental.

4.4 Integração com equipe Saúde da Família/potencialidades e desafios

Neste tópico foi avaliada a integração entre Equipe de Saúde Mental e equipe de Saúde da Família, na percepção dos profissionais entrevistados, pois, como já comentado anteriormente, essa integração é imprescindível ao desenvolvimento de um bom processo de Apoio Matricial, tendo em vista a necessidade de criar práticas compartilhadas de cuidado entre as duas equipes.

Retomando mais uma vez a história, com a chegada da ESF a porta de entrada para todos os usuários, inclusive da saúde mental, passou a ser as equipes de Saúde da Família, com responsabilidade sanitária por determinado território, e determinada população adscrita. Diante desta mudança, os entrevistados percebem que o grande desafio para o trabalho da Equipe de Saúde Mental é a integração com a equipe de Saúde da Família, bem como a sensibilização desta equipe para as questões do adoecimento mental, visto ser este fator imprescindível ao andamento do Apoio Matricial.

Diante disso, os entrevistados retomam estas questões e falam que esta integração constitui-se como grande desafio ao trabalho desenvolvido no âmbito da saúde mental.

Acho que desafio maior é isso, é... Fazer com que os profissionais da Saúde da Família se apropriem das questões da Saúde Mental porque a gente ainda encontra dificuldades. Tem profissionais que dão assim um show, que acompanham os casos, que assumem mesmo uma referência desses usuários da saúde mental. Agora ainda há profissionais que acham que isso não é pra eles, por exemplo, ainda há profissionais que acham que não têm que prescrever, por exemplo, uma injeção de Haldol Decanoato, que acha que só o psiquiatra pode fazer. É raro, mais raro isso hoje de acontecer, graças a Deus, mas a gente ainda encontra resistência. (Entrevistada 4)

Tem um médico que é mais próximo, outro que fala “ah, saúde mental, ah não sei o que”, fica meio inseguro e tal, mas a Saúde Mental tem que conquistar o PSF, eu acho isso sabe? (Entrevistada 3)

O Caderno de Atenção Básica (Brasil, 2010) traz a dimensão de que existem princípios comuns entre a atuação das equipes de Saúde da Família e de Saúde Mental, quais sejam atuação a partir do contexto familiar, continuidade do cuidado e organização em rede,

que devem se articular para a produção de cuidados em saúde mental no território. É primordial, então, incluir as ações de saúde mental na Atenção Primária em Saúde, e, nesse sentido, a Equipe de Saúde Mental deve ajudar as equipes de SF a trabalhar a dimensão do sofrimento psíquico.

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, efetivando os princípios do SUS. As equipes de Saúde da Família precisam ter o apoio e trabalharem próximas aos profissionais e serviços de saúde mental. O trabalho integrado das equipes de SF e Saúde Mental potencializa o cuidado e facilita uma abordagem integral, aumentando a qualidade de vida dos indivíduos e comunidades. Também propicia um uso mais eficiente e efetivo dos recursos e pode aumentar as habilidades e a satisfação dos profissionais. (Brasil, 2010, p. 34)

Outros profissionais colocam que a criação das reuniões de matriciamento, como uma diretriz gerencial de trabalho das equipes de saúde mental, propiciou um espaço de maior integração entre essas duas equipes, facilitando o processo de diálogo e de corresponsabilidade pelos casos da saúde mental. É interessante notar esta visão na fala da gerente de unidade básica de saúde quando argumenta a importância dessas reuniões para o desenvolvimento de ações integradas entre equipe de Saúde da Família e Equipe de Saúde Mental.

Isso se dá nessa reunião de matriciamento, essa reunião tem esse objetivo. Dali pactuar, dar uma visibilidade, pra qual, como que vai ser esse tratamento desse paciente. Então ver ações estratégicas do agente comunitário, às vezes é necessário um acompanhamento um pouco mais perto né, sejam intervenções através da família né, é... é pactuado nessa reunião através dessas... dessas combinações né. (Entrevistada 7)

É interessante perceber a “voz” da gestão no tocante à prática do Apoio Matricial como um facilitador para o trabalho. Vale ressaltar que nesta unidade, especificamente, a Equipe de Saúde Mental está completa (psicólogo, psiquiatra e assistente social) e as reuniões acontecem com a participação de todos os membros da equipe de Saúde da Família. Em outra unidade, a psicóloga entrevistada diz estar temporariamente sem o gerente e comenta as dificuldades geradas pela falta da figura gerencial na organização do processo de trabalho no Apoio Matricial.

E aqui a gente tá atravessando vários problemas. Faltam médicos, aqui é um Centro de Saúde que tá sempre faltando médico, a equipe tá sempre em desfalque. É, nós estamos sem, sem gerente né. Então isso dificulta. As enfermeiras ficam muito sobrecarregadas por essa falta do médico, então

muitas vezes elas vão lá ficam um pouquinho, passam um caso rapidinho e voltam pra atender porque elas não tem como ficar lá o tempo. Então a gente conta com essas dificuldades. (...) Porque acho que quando tem um gerente ele vai organizar a agenda de forma a manter todo mundo ali né? (Entrevistada 5)

Além disso, a gerente entrevistada fala de outro espaço propiciador da integração entre as duas equipes, que é a reunião ampliada de matriciamento. São reuniões distritais que integram os profissionais de diversas unidades básicas de saúde, tanto da Equipe de Saúde Mental, quanto da equipe de Saúde da Família, bem como equipe do CERSAM, no intuito de discutir diretrizes, discutir casos e realizar a supervisão com um profissional contratado para orientar o direcionamento a condutas terapêuticas específicas.

Então a regional organiza as reuniões de matriciamento, a gente chama reunião de matriciamento distrital. São reuniões onde se discute projeto, reuniões que se discute assim vários rumos né que, que vão se colocando dentro da política né. E também reuniões de discussões, de supervisão de caso onde esses casos são descritos, levados e a gente tem uma supervisão, um supervisor especificamente que acompanha, e ali a ideia é que todos possam se enriquecer com a discussão dos casos. (Entrevistada 7)

Outro aspecto comentado entre os entrevistados é a relevância da presença do agente comunitário de saúde (ACS) nas reuniões de matriciamento como profissional que facilita a relação com o território e, na maioria das vezes, participa mais ativamente das reuniões, trazendo casos, apresentando aspectos relevantes das famílias envolvidas, relatando aspectos e acontecimentos do território. Através disso, percebe-se a relevância que o território assume com a chegada da ESF no processo de saúde-doença.

Junto com eSF a potencialidade é justamente a eSF ter esse corpo, de ser responsável pelo cuidado. Eu acho que isso é muito bom. A ACS, é bom demais trabalhar com ACS. (Entrevistada 1)

Então assim é... as ACS's nas visitas nesse contato que tem com o paciente que elas trazem dificuldades, é o paciente que circula aqui no Centro de Saúde o tempo todo, então isso gera muitas vezes conflito, dificuldades né. (Entrevistada 5)

(...) hoje eu considero que o ACS tem papel principal dentro do AM, pq ele é que tem todas as informações da família, não só do usuário, ele te traz todas as informações da família e ele conhece *in loco*, ele é morador da área, daquela comunidade, hoje eu não consigo enxergar uma reunião de Apoio Matricial caminhando bem sem a presença do ACS. (Entrevistada 6)

Outra questão também mencionada nesta relação com a equipe de Saúde da Família é que, atualmente, os momentos de encontro não se restringem mais apenas aos dias de reunião de matriciamento, que, segundo uma psicóloga entrevistada, é um momento de formalização do Apoio Matricial. Hoje em dia, o apoio acontece até em conversas nos corredores. Dependendo da disponibilidade do profissional, há momentos de discussão de casos entre profissionais no consultório. Tudo isso ajuda a integrar a rotina da unidade básica de saúde.

Essa semana mesmo eu já sentei com o médico de SF, mesmo tendo matriciamento, mas era um caso que a gente ... Então dá sorte, ele passa aqui eu tô sem atender, ele entra e a gente conversa. (Entrevistada 1)

Igual à médica tava falando né, dela achar que ficava muito sozinha né, da gente tá ali do lado. No outro dia teve um caso que a gente precisou de participar de uma reunião na escola, que eles convidaram ela porque ela era referência do caso e ela veio falar que não sabia e eu falei “não, vou com você e tal”, a gente foi, participou, sabe? Então elas se sentem mais seguras, né. (Entrevistada 3)

Neste item é muito interessante perceber a importância que os entrevistados dão à integração com a equipe de Saúde da Família, realmente fundamental para o trabalho nos moldes de Apoio Matricial. Percebe-se que o matriciamento inaugurou este tipo de trabalho integrado e, de uma forma geral, as equipes de saúde mental têm conseguido minimamente fazer esta integração, visto que as reuniões de matriciamento estão acontecendo em todos os centros de saúde dos entrevistados demarcando, inclusive, uma postura de gestão das unidades.

4.5 Rotina do Psicólogo da Equipe de Saúde Mental

Neste tópico descritivo será abordada a rotina de trabalho do psicólogo das equipes de saúde mental, enumerando as principais atividades desenvolvidas pelos mesmos, com o intuito de compreender o seu funcionamento, bem como as prioridades estabelecidas para a organização do trabalho.

Inicialmente, é consenso entre os psicólogos que a reunião de matriciamento é organizadora da rotina de trabalho, visto que a maioria dos casos acompanhados vem de discussões estabelecidas nestas reuniões em que os profissionais da equipe de Saúde da Família apresentam os casos que necessitam de acompanhamento. Em consonância com esta ideia, Campos e Domitti (2007) explicam que o Apoio Matricial é, ao mesmo tempo, arranjo

organizacional e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando expandir as possibilidades de realizar a clínica ampliada, bem como a integração dialógica entre distintas especialidades e profissões.

Nesta reunião é estabelecida a conduta terapêutica para cada usuário discutido e, a partir daí, surgem outras atividades desenvolvidas pelos psicólogos que serão apresentadas abaixo.

(...) temos o matriciamento, matriciamento específico, tudo isso é matriciamento, mas nós temos uma data específica de reuniões com todas as equipes e nesse dia são escolhidos os casos mais graves, os casos mais complexos, por quê? Por que esses casos vão ser trabalhados com mais calma nessa reunião de matriciamento. (Entrevistado 2)

O primeiro ponto trazido pelos entrevistados foi o volume de atendimentos ambulatoriais realizados. Em geral, os psicólogos comentam que estão sempre com a agenda cheia de atendimentos individuais o que, muitas vezes, acaba limitando sua área de atuação.

É... Muitos atendimentos né, muitos. Aqui tem uma demanda considerável né, aqui durante o dia-a-dia o arroz com feijão é o atendimento mesmo. É uma agenda que se você não segurar... (Entrevistada 3).

O agendamento é feito na reunião de matriciamento, fora casos que, graves que chegam e não dá pra esperar até o próximo matriciamento. Então eu agendo fora do dia, mas geralmente o agendamento é feito nessas reuniões e aí eu vou atender os pacientes. É... eu coloco trinta minutos, às vezes aumenta, passa um pouco né, geralmente é em média trinta minutos né, e... que eu faço os atendimentos individuais. (Entrevistada 5)

Acerca da ênfase na questão dos atendimentos, trago destaque para a fala de um entrevistado quando menciona o longo tempo de acompanhamento a um caso grave de saúde mental na Atenção Primária.

(...) no meu caso, porque eu tenho casos que acompanho há 20, 21 anos. Casos muito graves. Além do acompanhamento do trabalho terapêutico, daquele atendimento clássico, a gente tem outras formas de estar junto com eles. (Entrevistado 2)

Além do atendimento, responsável por grande parte da agenda dos profissionais, duas psicólogas entrevistadas mencionaram a existência de intervenções grupais como parte de

sua rotina, em geral, grupo de mulheres. Uma delas comenta que o grupo ainda está ativo e a outra fala que o grupo parou de funcionar, mas há a pretensão de reativá-lo em breve.

É... Eu tenho um grupo tanto aqui quanto lá no Alcides, no Gentil Gomes, que acontece uma vez na semana, tá em torno de duas horas até as quatro e meia, elas tão pedindo até pra aumentar porque tão achando que o tempo tá muito pouco. Grupo de mulheres. Que, o perfil desse grupo são aquelas depressões moderadas, mulheres que tão passando assim por perdas né, em luto, em processo de luto, é... É... e, e depressões moderadas, aquilo que não é muito grave né, e que pode ser atendido em grupo. (Entrevistada 5)

Ano passado eu e a Tânia desenvolvíamos um grupo de ...era um grupo pra ser misto, mas acabou sendo de mulheres. Acabou que ele foi se esvaziando, a gente trabalhava quinzenalmente, sempre com uma dinâmica, depois abria pra falas, conversa. A gente vai retomar esse trabalho em março, mas com outro foco. (Entrevistada 1)

Apesar da menção à atividade grupal e coletiva, percebe-se que a relevância dessas ações ainda é muito pequena, visto que apenas em duas equipes menciona-se algum tipo de intervenção grupal, sendo que dessas duas, uma ainda é apenas projeto, não tendo se concretizado enquanto atividade da rotina da equipe.

Um dos psicólogos entrevistados menciona brevemente alguns momentos em que realizou atendimento compartilhado com outros profissionais da eSF.

Tem o dia-dia que a gente é abordado, pode discutir caso, a gente tem atendimentos compartilhados. Já fiz vários atendimentos compartilhados com médico, enfermeiro, às vezes com ACS, auxiliar de enfermagem. (Entrevistado 2)

Uma das psicólogas fala ainda sobre o envolvimento em atividades gerais da unidade básica de saúde, a partir da demanda da gerência para que ela e a assistente social facilitem a organização do trabalho na unidade como um todo.

Então existe aqui no centro de saúde um como se fosse um matriciamento geral do centro de saúde, com a participação de um grande número de funcionários e a gerente demandou a minha participação, a participação da assistente social. Não é especificamente (saúde mental), é e não é, mas aí a gente vai tentando junto tentar algumas abordagens para esse outro público que nos é demandado atenção que não é tão prioritário pra gente. (Entrevistada 1)

Além disso, alguns entrevistados fazem referência a participação em visitas domiciliares junto com o agente comunitário de saúde, a fim de prestar atendimento a usuários da saúde mental que não conseguem chegar à unidade básica de saúde.

E discussão de casos constante com ACS, (...) visita domiciliar também quando necessário. (Entrevistada 1)

(...) é... Visita Domiciliar, aqui tem uma demanda considerável né (Entrevistada 3)

Além dessas atividades, alguns psicólogos mencionam a participação em reuniões das equipes de Saúde da Família, bem como em reuniões distritais que promovem o encontro entre os profissionais de todas as unidades básicas da regional de saúde e a discussão de casos com outros equipamentos da rede de saúde.

Nós temos nossas reuniões da Equipe de Saúde Mental. No meu posto tem psicólogo, psiquiatra e o assistente social. Nossas reuniões semanais que as equipes individualmente podem participar. (Entrevistado 2)

Eu tento participar também além do matriciamento das equipes, das reuniões das equipes né, eu acho importante você tá ali, transitar, sabe? Eu faço isso muito, transito, entro, sabe? É... discussão de caso com, com o CERSAM, com o Arte da Saúde (Entrevistada 3)

Diante da rotina de trabalho apresentada, percebe-se ainda a relevância dos atendimentos individuais, ocupando boa parte da agenda dos profissionais, que acabam ficando com as atividades limitadas. Talvez, em decorrência disso, é notável o pouco investimento em intervenções grupais como grupos terapêuticos/comunitários, e as atividades fora do consultório, como visitas domiciliares e atendimentos conjuntos, aparecem com menor destaque. Além disso, destaca-se a relevância dos momentos de reuniões como as reuniões de matriciamento, as reuniões de equipe e as distritais.

Nesse sentido, é importante frisar que “o cuidado compartilhado prevê uma rede de ações, dispositivos de saúde e dispositivos comunitários que possibilitem que o processo de cuidar se organize tendo como eixo central o sujeito e seu processo de saúde/doença.” (Brasil, 2010, p. 36) Logo, quando o escopo de atuação se limita muito ao âmbito individual, deixando as intervenções comunitárias de lado, diminui a resolutividade da equipe, assim como a potência de trabalho na APS fica limitada.

4.6 Fluxo para os atendimentos individuais

Neste tópico procura-se compreender o fluxo para os atendimentos individuais realizados pelos psicólogos, a fim de perceber a organização do trabalho dos entrevistados, visto ser esta a atividade mais relevante no cotidiano de trabalho dos profissionais estudados.

Diante das entrevistas, alguns fluxos foram apresentados:

O primeiro é aquele visto como o caminho “ideal”, via ESF. Neste, os usuários chegam à unidade e passam pelo acolhimento junto à equipe de Saúde da Família. Após esse primeiro contato, a equipe avalia a necessidade de levar o caso para a reunião de matriciamento e, diante da discussão da reunião, o psicólogo avalia a necessidade de realizar o atendimento individual.

Geralmente através do acolhimento. Ele vem pro acolhimento geral da unidade... Geralmente passa por uma consulta médica ou da enfermagem. E aí a partir da avaliação inicialmente médica, o profissional avalia se é o caso de estar trazendo pro matriciamento. (Entrevistada 1)

Chegou paciente de saúde mental, porta de entrada é a equipe do SF. Mas de modo geral, o acolhimento é pela equipe do PSF. (Entrevistado 2)

É via PSF. Via PSF, tá? Assim, a gente preza por isso, assim, eu acho importante sabe? Então é via PSF. É. E até os próprios usuários já sabem disso, via PSF. (Entrevistada 3)

O segundo fluxo é para aos casos ditos graves que chegam à unidade e não podem esperar pelo dia da reunião do matriciamento. Para essa situação, percebem-se dois fluxos: o primeiro é quando o usuário é acolhido pela equipe de Saúde da Família e a esta o “repassa” diretamente para a Equipe de Saúde Mental, sem precisar esperar pela reunião de matriciamento. É o repasse direto. O outro é quando, nesses casos, o psicólogo ou psiquiatra já são acionados diretamente para acolher o caso e estabelecer o atendimento. É o atendimento direto.

Percebe-se que os casos graves mencionados pelos entrevistados referem-se aos neuróticos e psicóticos graves, usuários de álcool e outras drogas, usuários encaminhados pelo CERSAM e também os usuários com cometeram tentativa de autoextermínio. Esses são os que têm acesso direto às equipes de saúde mental, sem haver necessidade de esperar até a reunião mensal de matriciamento para iniciar o atendimento. O acolhimento, às vezes, já acontece pela própria Equipe de Saúde Mental, mais especificamente o psicólogo.

Pode chegar um caso mais urgente. Então muitas vezes a gente está aqui e chega alguém no acolhimento muito... Já aconteceu, o pessoal ainda assusta se chegar alguém chorado muito. Já chegou, por exemplo, uma jovem que veio do João XXII que teve uma tentativa de autoextermínio (TAE). A equipe do acolhimento, se ela consegue captar ou ficar muito ansiosa com um caso aí nos procura antes, não aguarda matriciamento não. (Entrevistada 1)

É... é claro que tem algumas exceções né. Então assim, a gente prioriza muitos casos, usuário de álcool e drogas né, que eu acho que a gente tá aqui pra esse povo, a gente tá pra todo mundo, mas priorizar esse povo, os neuróticos e psicóticos graves, usuários de álcool e drogas né. E aí... eles têm prioridade né. Porque às vezes é muito tempo pra esperar reunião de matriciamento, então às vezes assim, a porta é aberta. A gente tenta fazer assim, sabe? A porta aberta pra esses casos. (Entrevistada 3)

Outro fluxo mencionado envolve os usuários que procuram diretamente os profissionais da Equipe de Saúde Mental, às vezes por já conhecerem o profissional, às vezes por terem recebido esta orientação. Diante do caso, o psicólogo já acolhe e marca o atendimento. Uma das entrevistadas mencionou o caso de um paciente encaminhado do CERSAM ad em que a mãe procurou a psicóloga diretamente para atender seu filho. Como a profissional já conhecia o caso, iniciou os atendimentos para depois levá-lo à reunião de matriciamento. Nesse caso, o fluxo foi invertido, pois chegou direto para a Equipe de Saúde Mental e esta que apresentará o caso na reunião do matriciamento.

(...) essa semana eu recebi um retorno do CERSAM ad, um jovem que não aderiu ao CERSAM ad, a mãe está tentando a adesão ao centro de saúde, então ela me procurou, era um caso que eu já tinha um conhecimento, e eu não esperei o matriciamento. Entrei em contato com o CERSAM ad. Aí foi o contrário, eu agendei, ele vem amanhã, mas já pedi que ela passasse pelo acolhimento pra agendar com a médica. (Entrevistada 1)

Este fluxo ilustra que as equipes de saúde mental também fazem acolhimento e levam casos para as reuniões de matriciamento. Nesta situação, o usuário entrou no serviço pela Equipe de Saúde Mental para, em seguida, ser inserido e acolhido pela sua referida equipe de Saúde da Família.

Outro fluxo é quando os casos são encaminhados do CERSAM para as equipes de saúde mental via reunião distrital, que acontece periodicamente e reúne os profissionais envolvidos com a saúde mental (CERSAM e Equipe de Saúde Mental), bem como profissionais da Saúde da Família, embora em menor número. Nestas reuniões os casos são discutidos entre

as equipes e encaminhados para a rede básica, ficando, a equipe de saúde mental, de uma forma geral, como responsável direta pelo caso.

Nós temos nossas reuniões de distrito e inclui o CERSAM. Então os casos são discutidos e passados nessas reuniões, inclusive. Nesses espaços existem representantes das equipes do PSF também. (Entrevistado 2)

Uma das entrevistadas menciona a importância do usuário estar atrelado à equipe de Saúde da Família e vinculado à Equipe de Saúde Mental apenas quando houver necessidade específica de atendimento. É assim que ela comenta sobre alguns casos que a eSF encaminha para o psicólogo ou psiquiatra, mas o usuário nunca deixa de ser da Saúde da Família, sendo logo reencaminhado para esta última, tendo a Equipe de Saúde Mental apenas como um suporte pontual para alguns casos.

Então assim, se a pessoa tem diabetes, tem hipertensão, é, e tem transtorno mental é da equipe né? Daquela equipe. Se aquele usuário vai precisar de uma atenção específica da saúde mental aí é outra história, assim. Então vamo (sic) encaminhar pra psicologia? Precisa do psiquiatra acompanhar pessoalmente aquela pessoa? Ou o psiquiatra, por exemplo, pode só fazer uma avaliação, só não no sentido que seja pouco, mas assim né, ele vai especificamente fazer uma avaliação daquela pessoa e fazer uma prescrição e depois reencaminhar pro Saúde da Família pra fazer o acompanhamento e só quando necessário que o psiquiatra novamente vai ver a pessoa, vai rever. (Entrevistada 4)

Neste ponto, vale mencionar o que Campos (1999) fala sobre a equipe de referência:

Quando um paciente se utiliza de um serviço matricial, ele nunca deixa de ser cliente da equipe de referência. Neste sentido, não há encaminhamento, mas desenho de projetos terapêuticos que não são executados apenas pela equipe de referência, mas por um conjunto mais amplo de trabalhadores. De qualquer forma, a responsabilidade principal pela condução do caso continua com a equipe de referência. (Campos, 1999, p. 396)

Entendendo a equipe de referência como a equipe de Saúde da Família, essa citação de Campos (1999) esclarece que a responsabilidade pela condução longitudinal do caso permanece com a equipe de Saúde da Família, mesmo que o usuário esteja em acompanhamento pela Equipe de Saúde Mental. É sempre importante ter isso em vista para que a Equipe de Saúde Mental não assuma os casos independentemente da equipe de referência, pois quando isso acontece, deixa de ser Apoio Matricial.

A partir do exposto, percebem-se os vários fluxos percorridos pelos usuários entre as equipes de saúde mental e de Saúde da Família. Os fluxos servem para dar um direcionamento ao processo de trabalho, mas nota-se que os mesmos são reinventados no cotidiano dos serviços para dar conta das diversas demandas que surgem nas unidades básicas de saúde. Apesar da diversidade de opções, percebe-se que, de uma forma ou de outra, o fluxo sempre passa pela equipe de Saúde da Família, o que é um avanço e reflete uma postura matricial, apesar de ainda ser muito centrada nos atendimentos individuais.

4.7 Trabalho do psicólogo como apoiador matricial em saúde mental

Este item aborda a percepção que os psicólogos e os profissionais da gestão entrevistados têm acerca do papel do psicólogo no processo do Apoio Matricial em saúde mental. O objetivo era compreender como este profissional se percebe neste meio e nesta nova forma de trabalhar a saúde mental na Atenção Primária.

A primeira percepção desse papel refere-se ao psicólogo como sustentáculo do matriciamento nas unidades básicas de saúde. Uma das representantes da gestão ilustra isso muito bem quando comenta que o psicólogo é o principal mantenedor das reuniões, visto que o psiquiatra nem sempre está presente e a assistente social não necessariamente compõe a equipe. Nestes casos, fica o psicólogo como único profissional a conduzir a reunião de matriciamento junto às equipes de Saúde da Família.

Eu digo que o psicólogo tem papel fundamental porque o Apoio Matricial em saúde mental deve acontecer com a presença de qualquer dos profissionais da saúde mental, a equipe não tem que estar completa pra fazer Apoio Matricial e geralmente quando esta equipe não está completa, o que geralmente falta é o psiquiatra e o psicólogo é que conduz sozinho esse matriciamento. Todas as micros [microáreas] que estão sem psiquiatra são os psicólogos que conduzem. Mas hoje nós temos recebido muitos profissionais novos e nem todos os assistentes sociais tem esse desejo e abraçam a causa da saúde mental. Nesse sentido eu diferenciaria o psicólogo porque ele é específico dessa área, abraça e faz o matriciamento até sozinho, se não tiver outros profissionais da equipe. (Entrevistada 6)

Pelo fato de atualmente ter um psicólogo em cada unidade básica de saúde, percebe-se que o Apoio Matricial em saúde mental fica ancorado na figura do psicólogo, que conduz e direciona todo o processo do matriciamento.

A partir desta fala, percebe-se uma “apropriação” do campo da saúde mental pelo psicólogo, fruto de sua atuação nas lutas pela Reforma Psiquiátrica. Sobre isso, Ferreira-Neto (2011) fala que “(...) por vezes a reflexão sobre a atuação do psicólogo na saúde fica reduzida ao campo da saúde mental, negligenciando-se, assim, outras contribuições que a profissão pode trazer ao campo.” (p. 98). Uma reflexão que surge neste momento, complementando o pensamento do autor, é sobre a ausência de outras categorias profissionais na Equipe de Saúde Mental. Já que a interdisciplinaridade está na pauta das discussões em todos os âmbitos da saúde pública, por que outras profissões, além das tradicionais *psis*, não fazem parte desta equipe?

Outro ponto tocado foi que a figura do psicólogo modifica a visão médico-centrada ou medicamento-centrada das condutas na saúde mental, pois traz outras abordagens, outras formas de lidar com o usuário da saúde mental, não centradas nas condutas medicamentosas, mas amplia o olhar psicossocial, trazendo a necessidade da escuta, do olhar sobre o social, sobre a família, além da descentralização também do poder médico, das ações centradas no médico, aproximando-se dos preceitos trazidos pela Reforma Psiquiátrica.

Nesse sentido eu coloco como fundamental e principalmente por este fato, não só por ele segurar sozinho o matriciamento, mas também pra descentralizar da figura do médico, esse é o nosso objetivo e desejo enquanto reforma psiquiátrica, descentralizar, mudar, ver de uma outra perspectiva o modelo antigo hospitalocêntrico e médico centrado. Por isso que eu acho que o papel do psicólogo é fundamental, pode faltar o psiquiatra, mas faltar o psicólogo aí já fica comprometido, pois a tendência vai ser um matriciamento muito mais voltado para as ações médicas, pra medicação, orientações sobre medicação, eu acho que ele traz esse outro olhar é o psicólogo e o assistente social. (Entrevistada 6)

Eu acho fundamental porque eu acho que todo nosso projeto da Saúde Mental ele é multiprofissional, mas multidisciplinar. Então é uma atenção ao usuário da saúde mental que não é médico-centrado né, então... e o nosso tratamento não é psiquiátrico *stricto sensu*, no sentido assim “ah, então pra paciente da saúde mental é medicação e medicação nessa área quem pode cuidar disso é o psiquiatra”. (Entrevistada 4)

Neste ponto, é importante destacar que realmente houve um avanço ao abrir o campo da saúde mental para outras profissões, para além do saber médico. No entanto, não se pode deixar de mencionar a necessidade de realizar novos avanços no sentido de abrir espaço, agora, para outros saberes além do saber *psi*.

Uma das entrevistadas traz a ideia de que o olhar do psicólogo difere do olhar culturalmente medicalizante que a própria população traz incorporada, no sentido de o

tratamento vir apenas da medicação, do alívio imediato para o sofrimento, de não poder suportar nenhum tipo de dor, sendo, pois, a medicação a resposta mais imediata.

Então muitas vezes a própria população pressiona o profissional pra que ele medique né. Então eu acho que o psicólogo ajuda, pode contribuir muito, deve contribuir nessa outra escuta, nas respostas, de atender a demanda prontamente assim, ao pé da letra muitas vezes né. Eu acho que a gente tem um papel, uma responsabilidade em primeiro lugar né, de qualificar essa discussão né. (Entrevistada 4)

Um dos psicólogos comenta, inclusive, sobre esse espaço construído pelo psicólogo dentro da equipe de Saúde da Família sobre as questões da saúde mental até então centrada no saber do médico psiquiatra. Uma construção lenta em que o psicólogo foi galgando espaço e trazendo uma visão que extrapola o biológico e adentra questões sociais, familiares e psicológicas.

É interessante porque hoje, passado esse tempo, muitas vezes o direcionamento do profissional enfermeiro e psiquiatra é mais pro psicólogo do que pro psiquiatra. Antes era uma visão de que a coisa era no nível biológico, tinha que dar medicação assim e assado. Hoje, no grosso modo já tem um olhar bastante diferente e complexo em relação a esse usuário que chega. Inclusive lembrando questão social que não tem cabimento você trazer um caso e esses casos muitas vezes estão ligados às aberrações sociais. (Entrevistado 2)

Outro ponto tocado é do psicólogo como mediador das relações de trabalho, da relação com as equipes de Saúde da Família, atuando também no sentido da desmistificação do usuário da saúde mental, um facilitador para as discussões em torno da saúde mental, quebrando o mito do usuário da saúde mental como perigoso, difícil de lidar e restrito aos profissionais da saúde mental.

Eu acho que o psicólogo é um mediador. Mas eu acho que nós temos o papel, é o que eu sinto, pelo menos eu tento fazer de mediar sabe? A relação do PSF com a Saúde Mental e desmistificar um pouco também essas coisas né, essa coisa da periculosidade né, essa coisa do esquizofrênico né. (Entrevistada 3)

Nesse sentido, uma das entrevistadas conta que organizou momentos formadores com a eSF no intuito de esclarecer algumas questões referentes à saúde mental, apresentando a rede, a fim de que os profissionais conhecessem a estrutura de trabalho em torno da saúde mental até para saberem como agir, para onde recorrer, em determinadas circunstâncias.

Ah, uma das atividades que eu fiz também, tipo uma minicapacitação, uma roda de conversa sobre saúde mental aqui porque o pessoal não conhecia os serviços de saúde mental, né. Nós temos uma rede potente, claro que tem seus problemas né, a gente sabe que a gente tá dentro da rede e a gente sabe dos problemas, mas é uma rede potente e o pessoal não sabia, entendeu? Não sabia “Ah, a gente tem isso e tal?” E mostrava na rede que a gente tem o CERSAM, tem o CERSAM-AD, tem Residência Terapêutica, né. Eu acho que é isso, pelo menos minha opinião, eu acho que é de mediador mesmo. (Entrevistada 3)

Outra concepção trazida é do psicólogo como profissional de Apoio às equipes de referência. Apoio no sentido de trazer um saber específico da área *psi* para ser compartilhado com a Saúde da Família, estando, pois, apropriado deste saber e em condições de orientar, avaliar e se corresponsabilizar pelos casos.

Então a gente trabalha muito nesse sentido de trabalhar com elas essa percepção de, de que é o paciente, que é o portador de sofrimento mental, como é que ele é, pra elas começaram a perceber isso, e elas fazerem como elas vão lidar com esse paciente quando elas vão estar sendo a referência dele. (Entrevistada 5)

Por último, uma entrevistada traz uma reflexão interessante de que o próprio psicólogo também está reinventando a sua prática através do trabalho com o Apoio Matricial, pois, até então, este profissional trabalhava “de porta fechada”, sem muita interlocução com outros profissionais, sem necessidade de discussões constantes de casos. No entanto, neste novo modelo, o psicólogo é levado a estar constantemente em contato com outros profissionais, em trabalho conjunto, compartilhado, corresponsabilizando-se por casos e isso também é uma construção nova para a psicologia.

(...) eu acho que o psicólogo ele tá aprendendo porque antes o atendimento dele era ali no consultório, tudo no escondidinho e era ele ali, portinha fechada né. Às vezes a gente até escuta né, algumas coisas assim tipo assim “ah, mas psicólogo sempre trabalhou de porta fechada”. E o psicólogo agora tá tendo que aprender a dividir, a dividir isso, a falar do que ele faz, a falar, a dizer do que ele faz, o que ele percebe, a, a se posicionar mais né? Ele é mais chamado. Tá trabalhando ali até com a equipe pra que na busca delas de resposta, e muitas vezes você tem que mostrar pra elas e tem que intervir ali com elas que você não tem respostas prontas, que é uma coisa que dentro do consultório com seu paciente só você e ele é muito fácil você mostrar isso pra ele. Então é o psicólogo, ele sai dessa coisa né, desse, dessa portinha fechada e ele é chamado a falar, a ter que se posicionar, a ter que se colocar né, a ter que intervir, né, aprender a intervir ali, a escutar e intervir ali naquele momento fazendo a pessoa parar pra pensar né? (Entrevistada 5)

Em suma, percebe-se que o psicólogo assume papel relevante na condução da saúde mental na atenção básica, como principal mediador nas reuniões de matriciamento, modificando a visão médico-centrada ou medicamento-centrada, na medida em que propõe outras formas de tratar não apenas de cunho medicamentoso. Além disso, é visto como o principal responsável na integração com a equipe de Saúde da Família, mediando estas relações de trabalho e também desmistificando os conceitos em torno da saúde mental. É importante reconhecer o avanço que a entrada deste profissional teve no campo da saúde mental, mas é necessário avançar no sentido de abrir este campo para outros saberes profissionais que vão além do saber tradicionalmente *psi*. A própria reforma psiquiátrica traz a discussão da necessidade do trabalho multiprofissional, mas o que se percebe atualmente nas equipes de saúde mental é uma equipe centrada apenas em um profissional, o psicólogo.

4.8 Apoio Matricial e Trabalho em Rede

Este item buscou compreender a percepção dos entrevistados acerca da relação entre a perspectiva do Apoio Matricial e o trabalho em rede. Objetivava-se perceber se o trabalho do apoiador proporcionava o fortalecimento do trabalho em rede, bem como a intersetorialidade.

Inicialmente, através das falas dos entrevistados, percebe-se que o trabalho em rede ainda precisa avançar em vários aspectos, pois no dia-a-dia, a comunicação com outros serviços de saúde ainda é bastante frágil e esbarra em questões práticas como disponibilidade de telefone, prontuário eletrônico, que são recursos utilizados para o trabalho em rede.

Explicando melhor o que seja o prontuário eletrônico: trata-se de um sistema virtual que conecta os diversos serviços da saúde através do prontuário e das informações de cada usuário que utiliza os serviços da rede. Todos os profissionais que acessam o sistema entram em contato com o histórico de acompanhamento daquele usuário e sabem se ele passou pelo CERSAM, se está em atendimento no Centro de Saúde, se passou pela unidade de pronto atendimento. O objetivo é integrar os serviços de saúde em torno do caminho percorrido pelo usuário na rede de saúde.

No entanto, este recurso ainda é bastante frágil, visto que nem todas as unidades de saúde têm computadores acessíveis para que os profissionais verifiquem e registrem as informações, originando lacunas no processo.

O espaço da reunião ampliada da saúde mental foi mencionado como potente para o fortalecimento da rede, pois é o momento em que as equipes de todos os centros de saúde se reúnem, assim como as equipes do CERSAM e do CERSAMad, para discutir questões gerais referentes à saúde mental. No entanto, comentou-se que nem sempre as equipes de Saúde da Família participam destas reuniões. Segundo uma das entrevistadas, a equipe de Saúde da Família acaba sendo o elo entre os outros pontos da rede e o matriciamento torna-se a formalização desse encontro.

Então o matriciamento é importante sim para o trabalho em rede. Agora eu acho que a gente ainda tem que avançar muito em recursos práticos mesmo. Quando eu tenho tempo de ir telefonar ou o telefone daqui tá ocupado ou do CERSAM tá ocupado, às vezes o contrário. A gente tenta pelo prontuário eletrônico ter uma ideia maior. Mas, por exemplo, CERSAMad ainda não está cessando prontuário eletrônico. CERSAM acessa, mas nem sempre o profissional tem tempo ou nem sempre tem acesso ao equipamento pra poder estar. Essas agilidades, telefone, de prontuário eletrônico, eu acho que ajudaria muito no trabalho em rede. Eu acho que esse tem que ser bem melhorado. (Entrevistada 1)

O matriciamento também foi percebido como o fomentador do trabalho em rede, visto que a discussão dos casos em conjunto, a corresponsabilização estabelecida e a articulação de um bom projeto terapêutico têm a tendência a estabilizar o quadro do paciente, pois evitam que o mesmo fique transitando entre os serviços, sem estar referenciado a nenhum deles.

Eu acho que o matriciamento é o eixo principal, entendeu? Eu acho que ele, ele faz a liga, entendeu? Eu penso nisso, sabe aquela coisa de fazer liga? Eu acho que o matriciamento é isso, sabe? É a liga, sabe? Porque um caso bem referenciado, bem matriciado eu acho que ele estabiliza. O usuário quando ele acha uma referência na rede quer seja aonde for ele estabiliza, sabe? E assim, e a gente fica vendo os próprios pacientes pula aqui, pula aqui, vai lá, vem cá, sabe? Então quando ele acha um canto pra ele, um cantinho, uma morada, um lugar na rede eu acho que ele estabiliza. Eu acho que o matriciamento pode ser essa liga, sabe? (Entrevistada 3)

O Apoio Matricial também foi percebido como o articulador entre a equipe de Saúde da Família e a Equipe de Saúde Mental, bem como entre os outros equipamentos ligados à saúde mental, quais sejam, CERSAM, Centro de Convivência, assim como outros setores.

Então eu acho que o matriciamento ele é centro sabe? Onde a gente pode articular essas, essas questões mesmo e fazer a rede funcionar. É lá né, é lá que eu falo não lugar físico, mas nesse espaço que as coisas podem ser conversadas. (Entrevistada 4)

Acerca do Apoio Matricial na articulação de redes de cuidado, Bachetti (2012) comenta que o desenvolvimento de ações de saúde mental na atenção básica deve seguir o modelo de redes de cuidado transversal, abarcando outras políticas e serviços de inclusão e acolhimento, com base territorial. Além disso, apresenta os princípios que norteiam a articulação entre atenção básica e saúde mental como:

(...) a noção de território; a organização da atenção à saúde mental em rede; a intersetorialidade; a reabilitação psicossocial; a interdisciplinaridade; a desinstitucionalização; a promoção da cidadania dos usuários e a construção da autonomia possível de usuários e familiares. O Ministério da Saúde entende ser o Apoio Matricial um passo fundamental para a consolidação das ações. (Bachetti, 2012, p. 16)

Diante das visões apresentadas, percebe-se que o Apoio Matricial promove momentos de encontro entre as equipes de saúde, mas ainda não se percebe que promova a intersetorialidade, pois as questões ficam restritas aos setores da saúde, especialmente à saúde mental que fica restrita ao circuito eSF-ESM-CERSAM. Neste sentido, podemos perceber o avanço nas questões referentes ao trabalho em conjunto que o Apoio Matricial conseguiu promover, mas no sentido de integrar outros setores públicos como os equipamentos da assistência social, da educação, segurança pública, entre outros, ainda é muito insipiente.

4.9 Relação entre Equipe de Saúde Mental e NASF

Este tópico teve o objetivo de compreender como as equipes SM e NASF se relacionam, visto que o NASF também trabalha na perspectiva do apoio às equipes de Saúde da Família e também estão alocadas nas unidades básicas de saúde, tendo equipe multidisciplinar e algumas ainda contam com presença de psicólogo.

Como dito anteriormente, em Belo Horizonte, as equipes começaram a ser formadas por volta de 2008 e atualmente todos os centros de saúde contam com equipes de NASF tendo composição variada dos profissionais. Em paralelo a isso, as equipes de saúde mental encontram-se em funcionamento desde a década de 80 nas unidades básicas de saúde,

atendendo ao público da saúde mental. Diante dessas questões, tornou-se relevante compreender a relação entre as duas equipes, mesmo este não sendo o objetivo deste estudo.

Os entrevistados abordaram que a relação entre as duas equipes está muito frágil, cada uma desenvolvendo o seu trabalho e cuidando das suas demandas isoladamente. A ESF acaba tornando-se o elo entre as referidas equipes, visto que ambas trabalham sob a perspectiva do apoio à Saúde da Família. Apesar disso, percebe-se a compreensão da necessidade de integração, uma vez que elas trabalham na perspectiva do apoio.

Tá bem frágil, bem, bem, bem. Nós fizemos um movimento no início da gente marcar uma reunião de tempos em tempos. E aí justamente com o NASF pra gente discutir alguns casos, mas aí não foi possível, pelas demandas, pelas agendas. O NASF tem uma demanda maior porque responde por vários centros de saúde. Então não foi possível continuar com esse modelo. Então a equipe de Saúde da Família acaba sendo o elo. A gente encontra, às vezes, um caso ou outro que está emergente, mas não é algo formalizado, algo que tenha um corpo. É algo muito de oportunidade. Então eu acho que não é bom não. Tinha que ter uma integração maior. (Entrevistada 1)

Em relação ao trabalho entre o profissional psicólogo da Equipe de Saúde Mental e do NASF, percebe-se uma lacuna ainda maior, talvez pela dificuldade de delimitar a demanda referente a cada uma das equipes ou por essas demandas se misturarem um pouco no cotidiano de trabalho.

A gente não trabalha muito junto não. Aliás, a gente não trabalha junto (risos). Silêncio. Tem os casos que são avaliados pro NASF, então o NASF está conduzindo ou me encaminha, os outros casos, os que são da saúde mental são da saúde mental, aí quando há necessidade ou deles encaminharem ou a gente estar encaminhando aí é que são essas necessidades pontuais. Ou ela me procura ou eu procuro por ela, mas é uma necessidade pontual. São duas equipes distintas, não tem muita integração. (Entrevistada 1)

Neste sentido, é interessante perceber a fala da referência técnica em saúde mental da regional quando tenta esclarecer qual seria a demanda referente ao psicólogo das equipes em questão. Segundo ela, não é uma diferença muito fácil e clara de estabelecer, mas o público da saúde mental seriam os neuróticos e psicóticos graves, bem como os casos de violência e uso de drogas. Já o psicólogo do NASF estaria mais voltado para os casos “leves”, abordados de forma pontual, sem a incidência de acompanhamento prolongado.

Difícil de te responder no seguinte sentido, difícil de poder te dar uma clareza de "isso é saúde mental, isso é NASF". Essa dificuldade ainda persiste para

todos os profissionais. Já tivemos reuniões entre os profissionais da saúde mental e do NASF, psicólogos, porque acho que é no caso do psicólogo que gera mais essa dúvida. No caso dos outros profissionais é bem claro. No caso do psicólogo fica mais difícil porque o psicólogo do NASF não está voltado só para reabilitação. Inicialmente sim, a proposta era. Mas ele vem abrindo mais esse leque, mas o que eu conseguiria caracterizar a diferença é que o psicólogo da Equipe de Saúde Mental tem as diretrizes muito bem definidas do que é o seu público a ser priorizado que são mesmo os psicóticos, neuróticos graves, vítimas de violências, no caso da criança e do adolescente também as psicoses infantis, o autismo, as violências sexuais infantis, violências de toda ordem. Esse público é específico da saúde mental. E o NASF, o que eu consigo entender é que ele não vai atender esse público e ele não faz acompanhamento psicoterápico. Os casos, por exemplo, das depressões que chegam pra gente elas precisam de um acompanhamento mais prolongado, por isso a saúde mental. O NASF faria atendimentos mais pontuais, casos que poderiam ser resolvidos com uma terapia breve, mais focal mais pontual e outros dependendo de acompanhamento mais demorado ele vai estar encaminhando pras clínicas de reabilitação. Exemplo, as deficiências estão mais no campo do NASF do que da saúde mental, mas o psicólogo do NASF não vai fazer atendimento prolongado do deficiente. Ele vai encaminhar para as clínicas. (Entrevistada 6)

Outra representante da gestão entrevistada complementa abordando que a psicologia no NASF está também voltada para questões coletivas como o trabalho com grupos, seja por faixas etárias, seja por problemáticas sociais, tirando um pouco o foco dos atendimentos individuais.

Hoje o psicólogo do NASF tá inserido em ações coletivas né, desde lá um grupo de tabagismo, que tem todo um acometimento da forma como a pessoa tá, lida com as dificuldades da vida e como que isso torna-se, vamos dizer, uma via né, que ela cria pra ela de escapar do mal estar, vamos dizer assim, né. É... então assim, ele tá inserido desde essas ações coletivas né, quanto também em desdobramentos assim, é... crianças com problemas de aprendizagem escolar. Ainda, a meu ver, é muito limitado pra grande demanda que se apresenta. (Entrevistada 7)

Percebe-se que ainda existe uma tensão entre o trabalho desses dois profissionais, não ficando muito claro o papel de cada um deles, ou melhor, o psicólogo da Equipe de Saúde Mental tem o seu público bem definido, mas o psicólogo do NASF ainda esbarra nessa indefinição do que seja o seu público. Além disso, percebe-se certo distanciamento entre as duas equipes, mesmo estando o trabalho de ambas atrelado diretamente à equipe de Saúde da Família.

Nesse momento, é importante mencionar que um dos eixos de trabalho do NASF, de acordo com orientações do Ministério da Saúde, é a saúde mental. É o que se percebe no

Caderno de Atenção Primária, no item que versa sobre as Diretrizes para o trabalho da saúde mental do NASF com as equipes de Saúde da Família:

Responsabilidade pelo cuidado aos usuários de saúde mental do território, que deve ser compartilhada entre as equipes de Saúde da Família, NASF e dispositivos de saúde mental (como Centros de Atenção Psicossocial, leitos de atenção integral em saúde mental – CAPS III, hospital geral, centros de convivência, entre outros), permanecendo a coordenação do cuidado com a equipe de Saúde da Família. (BRASIL, 2010, p. 41)

O material menciona ainda que as ações de saúde mental desenvolvidas pelo NASF devem ter como objetivo o aumento das possibilidades de intervenção e de resolutividade das equipes de SF em relação aos problemas de saúde mental do seu território, propiciando a ampliação da clínica em relação às questões subjetivas e à abordagem psicossocial.

Percebe-se que a ESM tem seu papel bastante delimitado, mas em relação ao NASF há uma dificuldade em delimitar suas responsabilidades, especialmente no tocante à saúde mental. Uma hipótese que pode ser levantada é que, como as equipes de saúde mental já existem desde a década de 80, antes mesmo da criação do SUS, e muito antes ainda da política dos NASF, elas apropriaram-se desta demanda de forma bastante consistente. Quando os NASFs foram criados, o espaço da saúde mental já estava “coberto”, não havendo “necessidade” de entrar nesta área. No entanto, as tensões ainda existem e é possível que com o passar do tempo e a solidificação do NASF, essas questões voltem a ser discutidas.

4.10 Desafios do Apoio Matricial

Este tópico abordou os principais desafios e potencialidades encontrados no trabalho do Apoio Matricial, na percepção dos profissionais entrevistados.

O primeiro desafio mencionado trata-se é a abordagem aos casos ditos “leves”, que são a grande demanda dos usuários que procuram as unidades básicas de saúde e não têm um lugar estabelecido, já que a prioridade das equipes de saúde mental são os casos de psicose e neurose graves, bem como os casos de violência.

O desafio eu fico vendo que são realmente aquela velha história daqueles casos chamados “leves” que é uma demanda muito grande. O sofrimento da vida, essas coisas que traz um sofrimento. Então ainda tem uma tendência a demandar alguns casos que não seriam os prioritários. Mas a gente não fecha

as portas não. Alguns a gente tenta achar outras soluções, em outros a gente faz um atendimento mais breve, outros agenda e nem vem. (Entrevistada 1)

Outro desafio mencionado foi a dificuldade encontrada pelos psicólogos na adesão ao tratamento pelos usuários. É uma angústia compartilhada por quase todos os profissionais, tornando alguns casos difíceis de serem solucionados, o que exige discussão mais aprofundada nas reuniões de matriciamento.

Outro grande desafio é a adesão ao tratamento dos pacientes graves. Hoje mesmo tem dois casos que eu espero ter oportunidade de conversar na reunião do matriciamento. Um deles deveria estar lá no CERSAM e não está indo. Eu acho que isso é um desafio. Trabalhar, tentar alternativas. Às vezes passar essa ideia de que tem alguns casos que a gente precisa insistir até um certo ponto, e outros a gente não tem que insistir tanto. (Entrevistada 1)

Nestes momentos é que se percebe a potência das reuniões de matriciamento, pois os casos difíceis são os que mais necessitam de trabalho conjunto e os que mais mostram que a saúde mental não pode ficar restrita a um profissional.

Outra questão trazida foi a tendência de que muitas reuniões de matriciamento venham a se tornar momentos para simples encaminhamento de casos, “passação de casos”, “agendamentos”. Esta percepção foi muito pertinente, visto que nas observações-participantes das reuniões de matriciamento, observou-se uma grande demanda para marcação de atendimentos, seja pelo psicólogo, seja pelo psiquiatra, invertendo, pois, a lógica da corresponsabilização trazida pela proposta do Apoio Matricial.

Eu acho que até hoje passa caso, é uma passação, muitos lugares assim, a gente cai nesse engodo o tempo inteiro. Assim, se a gente bobear aqui vai chegar uma hora que a gente vai tá só passando caso, marcando na agenda, entendeu? Então a gente tem que tá sempre atento pra isso porque parece que isso é o tempo inteiro uma coisa que puxa, sabe? Pra sair da discussão, assim. É o tempo todo isso, assim, então acho que a gente tem que tá bem atento a isso, pra gente mesmo discutir os casos, igual a gente fez aqui hoje né. É, porque se não vai ficando uma passação sabe? E aí fala que tá fazendo matriciamento, mas na verdade não tá, né. (Entrevistada 3)

Mais um desafio percebido foi a necessidade de integração com a equipe de Saúde da Família, principalmente no sentido de sensibilizar para o trabalho com a saúde mental, que ainda sofre de um estigma histórico, a ponto de causar repulsa a alguns profissionais da saúde. Além disso, o desafio de tirar a saúde mental da tendência ao isolamento e dos atendimentos

prioritariamente restritos aos consultórios, fazendo com que a saúde mental circule pela unidade de saúde e transite por entre todos os profissionais.

Então eu acho que o matriciamento né, e quem o faz, tem essa função de poder é, tirar, desbastar o terreno dos preconceitos, de uma cultura assim de que a pessoa tem que ser dentro de um padrão. Então suportar as diferenças, as esquisitices do outro, saber que o usuário da saúde mental ele pode não só frequentar o Centro de Saúde, tá entre os outros que tão lá com outras questões, mas ele pode circular pela cidade, pode ter uma vida como a nossa vida né, de, nossa vida de cidadãos dentro do nosso cotidiano. (Entrevistada 4)

Nesse sentido, fala-se também que o Apoio Matricial é muito importante para retirar os profissionais “psis” da referência dos casos de saúde mental. Desse modo, psicólogo e psiquiatra cedem lugar para que as equipes de Saúde da Família assumam a referência dos casos e acionem o apoio quando houver necessidade.

Olha, eu poderia dizer que esse é o grande desafio do matriciamento né. É o psiquiatra e psicólogo saírem daquele lugar de referência né. Todos são referência. Todos em determinado momento podem tá ali acolhendo, ouvindo aquele paciente, ajudando, né? Então e o grande desafio é justamente esse porque é difícil você ser referência, muitas vezes não é fácil você referenciar um paciente e é muito mais fácil passar pro psiquiatra ou o psicólogo e ele atender né. Então esse é o grande desafio, é fazer a separação entre aquilo que é entre aqueles casos que precisam de fato desse acompanhamento e aqueles que não. (Entrevistada 5)

Mais um desafio trazido refere-se à mudança de paradigma do papel do psicólogo neste processo, pois este anteriormente ficava fechado no consultório, atendendo de uma forma isolada à demanda de saúde mental e agora está sendo convidado a discutir, dividir saberes, compartilhar experiências e se mostrar mais para o grupo. E este novo papel nem sempre é bem recebido entre todos os psicólogos da rede, havendo, em alguns momentos, resistência à implantação do modelo do apoio.

Eu acho que o psicólogo tá aprendendo porque antes o atendimento dele era ali no consultório, tudo no escondidinho e era ele ali, portinha fechada né. Às vezes a gente até escuta né, algumas coisas assim tipo assim “ah, mas psicólogo sempre trabalhou de porta fechada”. E o psicólogo agora tá tendo que aprender a dividir, a dividir isso, a falar do que ele faz, a falar, a dizer do que ele faz, o que ele percebe, a, a se posicionar mais né? E muitas vezes você tem que mostrar pra equipe que você não tem respostas prontas, que é uma coisa que dentro do consultório com seu paciente só você e ele é muito fácil você mostrar isso pra ele. Você não tem resposta, mas pra equipe muitas vezes

você trazer isso e sem mostrar que a resposta tem que ser construída e é com cada um, cada um tem que construir sua resposta, cada um. (Entrevistada 5)

A rotatividade dos profissionais, em particular dos médicos, também foi abordada como desafio, embora haja muitos profissionais concursados. Esse fator atrapalha o matriciamento, pois deixa as equipes incompletas, gera sobrecarga de trabalho e, quando entram novos profissionais, é necessário reiniciar todo o trabalho novamente, desde a sensibilização até à adesão efetiva dos mesmos.

Às vezes a gente ainda tem unidades em que o médico participa pouco do AM por ter uma agenda muito lotada, mais difícil, ainda temos a rotatividade de médicos, porque quando você já tem ali uma equipe, uma unidade com profissionais todos caminhando na mesma direção, entendendo os processos da saúde mental, aí troca todo mundo, onde é contrato, por exemplo, tem vez que troca de uma vez, aí tem que começar do zero quando você pega profissionais novos, sem experiência, chegando da universidade, aí a gente tem que começar todo esse trabalho. É um trabalho de formiguinha sempre. Aí não só da parte da sensibilização, mas da parte até mesmo de explicação dos fluxos, como funciona. A gente tá sempre tendo que recomeçar, esse ainda é um desafio, mas que faz parte, não adianta dizer isso como um fator negativo e paralisar em cima disso, por que nós sempre vamos ter profissionais novos entrando. (Entrevistada 6)

Os desafios abordados pelos entrevistados foram relevantes e refletem, inclusive, questões de cuja resolução depende uma integração efetiva, seja entre os serviços, seja entre os profissionais. O primeiro, abordagem aos casos “leves”, é uma questão prioritária, por não encontrarem um lugar para acompanhamento, mesmo se tratando dos casos mais frequentes nas unidades básicas de saúde. Estes casos também “batem à porta” das equipes de saúde mental, causando certa divergência sobre o lugar desta demanda. Neste momento, é importante refletir sobre o papel da atenção básica nos cuidados em saúde, responsáveis por todos os tipos de adoecimento, especialmente os casos leves.

É preciso considerar que a Atenção Primária em Saúde, de acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2011) é responsável pelas ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Além disso, utiliza tecnologias

de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território.

Outro desafio é a tendência que a reunião de matriciamento enfrenta de se tornar espaço para encaminhamento de casos, contrariando a proposta do Apoio Matricial. Nas observações-participantes, esta tendência estava bem presente. Por último, a dificuldade de integração com as equipes de Saúde da Família, bem como a mudança do paradigma do papel do psicólogo neste novo formato de trabalho.

4.11 Efetividade do Apoio Matricial

Este aspecto tem o objetivo de trazer a percepção dos entrevistados sobre a efetividade do Apoio Matricial no desenvolvimento de suas atividades.

O ponto mais abordado é integração com a equipe Saúde da Família, questão bastante mencionada no decorrer deste estudo. O matriciamento instaurou um momento de encontro entre as equipes e isso, por si só, trouxe inúmeros benefícios ao trabalho de ambas, especialmente por dar suporte às eSF no âmbito da saúde mental, desmistificando alguns medos, preconceitos, e trazendo à tona a temática do doente mental como algo que precisa de liberdade para circular dentro da unidade de saúde e entre os profissionais.

Eu acho que o matriciamento aproxima a Saúde Mental, por isso que eu falo que o matriciamento é liga, porque ele aproxima a Saúde Mental das equipes e não fica aquela coisa chata, não fica assim “eu sei tudo da Saúde Mental e vocês são...”, sabe? Não é isso. Eu acho que o matriciamento é muito importante pra troca de experiências, né, pras pessoas se sentirem valorizadas, principalmente os ACS, que são os que mais queixam né “ah, porque a gente tá falando né”, ou tem um psiquiatra assim que ele não dá muita bola pro que a gente fala né. (Entrevistada 3)

Outra entrevistada menciona que a efetividade está comprometida, muitas vezes, pela dificuldade das equipes em organizarem suas agendas de reuniões, de investir no matriciamento e de se dispor para o trabalho conjunto. Em algumas unidades, o matriciamento não é priorizado, seja pelo gerente que não quer liberar a agenda dos profissionais para reuniões, seja pela equipe de Saúde da Família que não está sensibilizada com a área da saúde mental, seja pelo próprio profissional que não quer abrir mão do trabalho isolado no consultório.

E tem lugares que eu acho que nem tá acontecendo formalmente o matriciamento, sabe? Então a efetividade eu acho que ela tá longe do que seria esperado, embora eu ache que é, é um trabalho fundamental, mas eu acho que aí tem toda uma questão de organização. Porque é preciso organizar a agenda, é preciso ter clareza da importância disso. Tanto, acho que a partir do psicólogo, primeiramente, mas tanto dele quanto da, do gerente local né. Porque se o gerente não tá convencido disso ele também não vai é, liberar o psicólogo (Entrevistada 4)

Outra potência percebida no matriciamento é a dimensão pedagógica, visto que cada caso traz momentos de discussão e reflexão a fim de mudar paradigmas, percepções sobre a saúde mental – até mesmo típicas do senso comum – que encontram no matriciamento momentos de discussão e revisão.

Igual muitas vezes elas viram e falam assim “ah, mas, mas...” às vezes já aconteceu né no matriciamento delas virarem e falarem assim “ah, esse... isso aí é safadeza, isso aí não tem jeito” porque elas trazem a visão delas né e aí às vezes a gente até joga “será que é safadeza mesmo? Será que é isso mesmo né? Tem um sofrimento ali”. Não é “mulher de malandro apanha num dia e no outro quer mais”. Mas vamos ver se tem alguma questão ali, o que prende aquela mulher naquele homem, apanhando, sofrendo, mas tem algo mais aí e que nós da área da Saúde Mental a gente sabe que tem, que tem essas questões inconscientes que determinam, que põem aquela pessoa naquela posição, naquele lugar, a equipe não. (Entrevistada 5)

Outro aspecto interessante refere-se à satisfação dos profissionais que se sentem apoiados e não mais sozinhos para lidar com as questões complexas que aparecem nas unidades de saúde. O matriciamento proporciona suporte para o trabalho e isso gera entre os profissionais a satisfação de compartilhar responsabilidades, em vez de gerir sozinho o cuidado à saúde dos usuários.

O sofrimento mental acho que ainda tem muito preconceito né. Mas se a gente for pensar efetivamente de uma equipe que se reúne, que discute os casos, que amplia o olhar, desde tá lidando com o sofrimento mental até toda a condição da saúde, sem dúvida que tem uma melhor resposta. E eu vejo maior satisfação também dos profissionais. Eles não se sentam tão sozinhos né, limitados ou frustrados nas intervenções, né? Assim, desistindo né. Eu vejo que eles vão em frente sabe? Eles se sentem mais gratificados nesse sentido, assim... E... e sem dúvida assim, com respostas importantes né, pra esse, todo esse esforço né, conjunto. (Entrevistada 7)

O Apoio Matricial foi percebido como efetivo em vários aspectos, quais sejam, proporcionar espaço integrador entre as equipes de Saúde da Família através da realização de

trabalho conjunto e da corresponsabilização pela condução dos casos. Além disso, a dimensão pedagógica também foi trazida, na medida em que esses espaços constituem-se em momentos para trocas de saberes e experiências entre os profissionais acerca da saúde mental. Por último, é interessante perceber a satisfação de se sentir apoiado, de ter com quem compartilhar, de não se sentir solitário no trato com o adoecimento mental.

CAPÍTULO 5: CONSIDERAÇÕES SOBRE A IMPLANTAÇÃO DO MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL EM BELO HORIZONTE

Após a observação dos dados descritos acima, torna-se importante confrontá-los com as principais características do Apoio Matricial para compreender como eles se relacionam, aproximando-se ou afastando-se do conceito teórico estudado.

O objetivo desta sessão é fazer a correlação entre a realidade analisada e os conceitos teóricos estudados para desenhar o modelo de Apoio Matricial desenvolvido pelas equipes de saúde mental de Belo Horizonte, bem como estabelecer desafios e potencialidades ao trabalho do apoiador na área da saúde mental. Para tanto, serão retomadas as principais características do Apoio Matricial para confrontá-las com os dados apresentados.

A primeira característica do Apoio Matricial é o fato de o apoiador não se constituir como porta de entrada para as demandas da Atenção Primária, visto que tal função é desenvolvida pela equipe de referência, responsável pelo cuidado longitudinal ao território sanitário referenciado. A equipe do apoio seria responsável pelo suporte técnico-assistencial às questões que necessitem de um saber que está além dos conhecimentos da equipe de referência. Nesse sentido, Campos e Domitti (2007) abordam que Apoio Matricial e equipe de referência são arranjos organizacionais e metodologia para gestão do trabalho em saúde que objetivam

ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. A composição da equipe de referência e a criação de especialidades em Apoio Matricial buscam criar possibilidades para operar-se com uma ampliação do trabalho clínico e do sanitário, já que se considera que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral. (Campos & Domitti, 2007, p. 400)

A partir da análise dos dados, percebe-se que o modelo adotado atualmente pelas equipes de saúde mental aproxima-se do conceito trazido, na medida em que as equipes de saúde mental não se constituem mais como porta de entrada. Todos os entrevistados apontam que com a chegada das Equipes de Saúde da Família, o acolhimento passou a ser feito por estes, e apenas posteriormente, na reunião de matriciamento, os casos são compartilhados com a Equipe de Saúde Mental. Embora alguns casos cheguem direto à Equipe de Saúde Mental, percebe-se que a eSF é sempre envolvida no acompanhamento.

Vale ainda destacar que embora esta mudança de modelo não tenha sido fácil em todas as equipes, foi percebida como bastante positiva por todos os profissionais entrevistados, já que promoveu o encontro entre os diversos trabalhadores da Atenção Primária, especialmente com a equipe de Saúde da Família. Isso aproximou a temática da saúde mental de toda a realidade da Unidade Básica de Saúde, contribuindo também para a desestigmatização da loucura na Atenção Primária.

O Apoio Matricial tem também como característica o trabalho colaborativo em equipes interdisciplinares em lugar de equipes multidisciplinares que trazem o modelo de trabalho segmentado, sem compartilhamento de objetivos. Neste sentido, os projetos terapêuticos são sempre construídos em conjunto, pois promovem a construção de uma relação dialógica e de espaços coletivos para comunicação ativa e compartilhamento de conhecimentos entre profissionais de referência e apoiadores.

Dessa forma, Campos e Domitti (2007) argumentam que

o Apoio Matricial é um dispositivo importante para ampliação da clínica; ao mesmo tempo, para se trabalhar em uma perspectiva interdisciplinar, pressupõe-se algum grau de adesão a um paradigma que pense o processo saúde, doença e intervenção de modo mais complexo e dinâmico. (Campos & Domitti, 2007, p. 405)

Com relação à constituição da Equipe de Saúde Mental da realidade estudada, percebe-se que esta tem uma constituição bastante diversificada, sendo que em algumas há a apenas a presença do psicólogo, o que limita a abordagem da saúde mental a um saber específico; outras se constituem por psicólogo e psiquiatra, mas este último se divide entre várias unidades de saúde, ou seja, o psicólogo acaba ficando mais diretamente responsável pela condução e organização do contato com as equipes de referência; e, apenas algumas, talvez a minoria delas, contam com equipe completa, ou seja, psicólogo, psiquiatra e assistente social. Tal dinâmica pode prejudicar o trabalho, já que a Equipe de Saúde Mental fica muitas vezes restrita a apenas um profissional que tem a responsabilidade de conduzir todas as demandas e propostas relacionadas à saúde mental. Diante disso, uma reflexão importante a se fazer é sobre a necessidade de abrir estas equipes para a participação de outros profissionais além do saber tradicional da área psi. Talvez esta abertura potencialize o trabalho com outras áreas além do atendimento individual trazido como principal atividade desenvolvida pelas equipes.

Apesar disso, percebeu-se o esforço de integração entre as equipes de saúde mental e a equipe de Saúde da Família, mostrando o empenho na construção desta relação que, apesar das dificuldades mencionadas, foi refletido pelos entrevistados como o grande desafio para que o Apoio Matricial realmente tenha êxito.

Campos e Dimitti (2007) trazem uma reflexão bastante pertinente sobre o obstáculo epistemológico ao desenvolvimento do Apoio Matricial, visto que a maioria das especialidades e profissões de saúde costumam trabalhar com um referencial sobre o processo saúde e doença, restrito, muitas vezes, à racionalidade biomédica, levando-os a pensar e agir nesta perspectiva restrita. Outros tendem a valorizar o social na explicação dos fenômenos de adoecimento e geram soluções restritas a essa linha de intervenção. No entanto, o enfoque da clínica ampliada,

sugere maneiras para integrar essas perspectivas em um método de trabalho que reconheça a complexidade e variabilidade dos fatores e dos recursos envolvidos em cada caso específico, seja ele um problema individual ou coletivo. (...) Para se trabalhar em uma perspectiva interdisciplinar, pressupõe-se algum grau de adesão a um paradigma que pense o processo saúde, doença e intervenção de modo mais complexo e dinâmico. (Campos & Domitti, 2007, p. 405)

Pensando na realidade estudada, percebe-se que a construção de espaço ampliado de trocas e diálogo acontece nas reuniões de matriciamento, já consolidadas nas unidades de saúde estudadas. Constituem-se em encontros periódicos entre as duas equipes em que os casos são apresentados e compartilhados, no intuito de construir intervenções compartilhadas para as situações abordadas. Através da observação das reuniões de matriciamento, percebeu-se que as equipes de saúde mental têm um lugar reconhecido junto às equipes de Saúde da Família, evidenciando um trabalho que caminha no sentido da interdisciplinaridade.

Acerca disso, Campos e Domitti (2007) abordam que uma das maneiras de estabelecer o contato entre equipe de referência e apoiadores é mediante a combinação de encontros periódicos e regulares entre equipe de referência e apoiador matricial, com o objetivo de discutir casos ou problemas de saúde selecionados pela equipe de referência, a fim de elaborar projetos terapêuticos e acordar linhas de intervenção para os vários profissionais envolvidos. Além disso, recomendam reservar algum tempo para diálogo sobre temas clínicos, de saúde coletiva ou de gestão do sistema.

Nesse sentido, pode-se dizer que o campo estudado já possui constituído este espaço de reunião, visto que em todas as unidades estudadas, a reunião de matriciamento estava

formada e em funcionamento, tendo os encontros, em sua maioria, periodicidade mensal. No entanto, percebe-se que este momento de encontro e diálogo ainda recai sobre a lógica do encaminhamento, pois os casos acabam sendo “repassados” para serem acompanhados por outros profissionais.

Outro ponto abordado pelo Apoio Matricial é a busca pela construção de projetos terapêuticos compartilhados e integrados entre as equipes envolvidas e, essa articulação, de acordo com Campos e Domitti (2007), pode acontecer em três âmbitos: atendimentos e intervenções conjuntas entre o especialista matricial e alguns profissionais da equipe de referência; atendimentos ou intervenções especializadas em situações que exijam atenção específica ao núcleo de saber do apoiador, mantendo contato com a equipe de referência, que não se desresponsabiliza pelo caso; troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador; diálogo sobre alterações na avaliação do caso e mesmo reorientação de condutas antes adotadas, permanecendo, contudo, o caso sob cuidado da equipe de referência.

Articulando a realidade estudada com os três âmbitos apresentados acima, percebe-se que o primeiro, referente a atendimentos e intervenções conjuntas entre especialista e apoiador matricial, foi pouco observado. Apenas em uma das entrevistas o psicólogo menciona um momento em que realizou atendimento compartilhado com algum profissional da equipe de Saúde da Família. Mas, em geral, esta perspectiva de trabalho não acontece, visto que cada profissional se encarrega pelo seu atendimento. Uma das psicólogas até menciona o atendimento compartilhado, mas não no sentido de dividir o mesmo espaço de atendimento clínico, mas “enquanto responsabilização compartilhada dos casos” (Entrevistada 1).

Já no âmbito dos atendimentos e intervenções especializados, percebe-se que este é o grande foco das equipes de saúde mental, visto que a maioria dos projetos terapêuticos construídos nas reuniões de matriciamento giraram em torno de consultas individuais com psicólogo ou psiquiatra. Além disso, outra questão decorrente desta problemática é o público prioritário de atendimento dessas equipes, quais sejam os casos graves de saúde mental, o que deixa certo perfil populacional de fora, que são os casos leves e mais prevalentes na Atenção Primária, quais sejam os usuários políquelosos, os casos de depressão leve, decorrente do sofrimento da vida, entre outros. Tais usuários chegam às unidades em grande número, representando uma grande demanda, que ainda não encontrou um lugar para acolhimento desta dor. Tal fato foi, inclusive, mencionado pelos entrevistados como um grande desafio ao trabalho

das equipes de saúde mental, visto que seu foco não são os casos leves, mas os mais graves, deixando boa parte da população descoberta deste cuidado.

O desafio eu fico vendo que são realmente aquela velha história daqueles casos chamados “leves” que é uma demanda muito grande. O sofrimento da vida, essas coisas que traz um sofrimento. Então ainda tem uma tendência a demandar alguns casos que não seriam os prioritários. Mas a gente não fecha as portas não. Alguns a gente tenta achar outras soluções, em outros a gente faz um atendimento mais breve, outros, agenda e nem vem. (Entrevistada 1)

O âmbito da troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador, bem como discussão sobre condutas, percebe-se acontecendo no espaço das reuniões de matriciamento em que ocorrem as discussões de casos, o retorno sobre os casos já discutidos, a abordagem ao caso difícil, a discussão sobre conceitos e temáticas referentes à saúde mental, bem como a troca de conhecimentos entre os participantes. Neste espaço foi observado realmente este momento de troca, visto que se discutiam abordagens, condutas medicamentosas e construção de abordagens diferenciadas.

Acerca da construção compartilhada de propostas terapêutica, temos a discussão em torno do projeto terapêutico singular. Neste íterim, foi discutido que o PTS é “um movimento de co-produção e de co-gestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos, em situação de vulnerabilidade.” (Oliveira, 2008, pp. 275) É uma proposta de construção conjunta de práticas de saúde em torno de determinada questão. Deve ocorrer em equipes interdisciplinares, pois valoriza os diversos olhares sobre o processo saúde-doença e a equipe de referência deve estar sempre responsável pelos casos, mesmo quando o apoiador estiver à frente de algumas questões específicas.

Neste sentido, a reunião de matriciamento constitui-se no espaço coletivo em que esta construção deve ocorrer, no entanto, devido à grande demanda, as discussões, em geral, aconteceram de forma superficial, sem se aprofundar nas características do caso, de sua família e principalmente do território. Além disso, as propostas terapêuticas giraram em torno basicamente dos atendimentos clínicos e práticas individuais, havendo poucas intervenções voltadas para o território, ou que envolvessem outros setores da saúde, ou mesmo de outras áreas. Apesar disso, percebeu-se que, embora a Equipe de Saúde Mental assumira alguns casos, a equipe de Saúde da Família manteve-se responsável pelos usuários, especialmente no acompanhamento das questões clínicas e da família como um todo.

Outro ponto abordado pelo Apoio Matricial é a questão da corresponsabilização, pois este se pauta no compartilhamento de questões vividas e na pactuação integrada de propostas terapêuticas. A ideia é que os processos de trabalho sejam compartilhados, bem como a condução do cuidado em saúde, visto que propõe o trabalho em equipes interdisciplinares corresponsáveis pelas problemáticas de saúde. Além disso, o Apoio Matricial procura inverter a lógica do encaminhamento que reflete a fragmentação do cuidado, na medida em que o encaminhamento reflete uma transferência de responsabilidade de um profissional para o outro. Na perspectiva do Apoio Matricial, a equipe de referência sempre estará responsável pelo caso, visto que tem responsabilidade sanitária por determinada população adscrita, e o apoiador matricial viria contribuir com a equipe dando suporte técnico-assistencial aos casos específicos que extrapola o saber constituído da equipe de Saúde da Família. Neste sentido, o Apoio Matricial tem a potencialidade para criar uma assistência mais integrada, desconstruindo a lógica do encaminhamento.

Acerca desta questão, Figueiredo e Onocko-Campos (2009) referem que

A responsabilização compartilhada pelos casos permite regular o fluxo de usuários nos serviços. Através do Apoio Matricial, torna-se possível distinguir as situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana, que podem ser acolhidas pela equipe de referência e por outros recursos sociais do entorno, daquelas demandas que necessitam de atenção especializada da Saúde Mental, a ser oferecida na própria unidade ou, de acordo com o risco e a gravidade, pelo CAPS da região de abrangência. (Figueiredo & Onocko-Campos, 2009 p. 130)

Sob a perspectiva da corresponsabilização e inversão da lógica do encaminhamento, percebe-se que a proposta das reuniões de matriciamento da realidade estudada procura se aproximar da perspectiva apresentada, na medida em que busca reunir os profissionais das equipes para discutir as questões referentes à saúde mental de forma compartilhada, já que a Saúde da Família é a porta de entrada e a Equipe de Saúde Mental está para apoiar aquela equipe. É um pouco complexo fazer uma reflexão sobre a corresponsabilização, mas, trazendo a fala de uma das entrevistadas e retomando a observação das reuniões de matriciamento, “(...) fica aquela passagem de caso, as pessoas ficam passando caso e agendando o tempo inteiro. Eu acho que até hoje passa caso, é uma passagem, muitos lugares é assim, a gente cai nesse engodo o tempo inteiro.” (Entrevistada 3).

Esta reflexão da entrevistada é muito pertinente, pois mostra a dificuldade real de mudança de paradigma do cuidado da fragmentação da atenção para o compartilhamento de

responsabilidades, visto que agir de modo compartilhado ainda é assumir uma postura inovadora na maioria das realidades acostumadas à lógica fragmentada do cuidado.

O Apoio Matricial vem com a proposta de mudar formas antigas de agir em saúde, mas acredita-se que esta modificação aconteça de forma gradual. Apesar da “passação de caso”, percebe-se que as equipes já conseguem se reunir e discutir algumas questões antes de realizarem o encaminhamento, o que já se constitui como um passo importante dado em direção à corresponsabilização. Mas, é importante refletir que a lógica do encaminhamento ainda persiste nos grupos estudados e esta reflexão parte, inclusive, dos próprios entrevistados que percebem a dinâmica e procuram transformá-la.

Outra proposta trazida pelo Apoio Matricial é a dimensão técnico-pedagógica que proporcionaria momentos de aprendizagem no serviço ou seja, os momentos de discussão de casos são verdadeiros espaços de aprendizados, visto que a equipe aprende manejos e como lidar com a demanda da saúde mental. Figueiredo e Onocko-Campos (2009) falam em que o Apoio Matricial proporciona uma “capacitação *in loco*” que se daria através do contato frequente entre profissional de saúde mental e profissional de Saúde da Família, com isso “o profissional de referência pode aprender na prática como avaliar e intervir em Saúde Mental.” (Figueiredo & Onocko-Campos, 2009, p. 133). O objetivo é que as equipes se capacitem para saber lidar com as demandas da saúde mental, sem necessariamente recorrer sempre ao especialista.

Nas falas dos psicólogos entrevistados, percebe-se que as reuniões de matriciamento têm permitido a capacitação e troca mútua entre os profissionais da Saúde da Família e da saúde mental, na medida em que os casos trazidos são ricos de elementos indispensáveis para a compreensão das questões apresentadas, além disso, nas observações-participantes, percebe-se que alguns profissionais como os agentes comunitários de saúde têm trazido elementos muito relevantes para a compreensão do caso, como história de vida, relatórios escolares (no caso de crianças e adolescentes), história familiar, além dos termos utilizados, próprios da saúde mental.

É interessante trazer a fala de um dos profissionais a respeito para ilustrar tal questão: “Você também trabalha na questão teórica, desde um acolhimento, como é um acolhimento em saúde mental, enfim... Tô me lembrando dos casos que a gente atende, psicose, enfim...você tem vários conceitos que também pode trabalhar no sentido de assessoras,

município, estar junto com ele e deles se apropriarem.” (Entrevistado 2) Percebe-se, através dessa fala, que as reuniões de matriciamento estão sendo também utilizadas para discussão de conceitos importantes para que a equipe de Saúde da Família se aproprie das questões da saúde mental de forma a compreender melhor a demanda. Os momentos pedagógicos, no entanto, se restringiram aos momentos de reunião, visto que não se percebeu outros momentos em conjunto, como atendimentos compartilhados ou grupos terapêuticos.

Sobre a questão da formação de redes, uma característica importante do Apoio Matricial refere-se à organização e ao direcionamento da rede, na medida em que possibilita a integração entre o nível especializado e a Atenção Primária na corresponsabilização pelos casos, formando redes onde o usuário possa transitar sem se fragmentar ou se perder, mas de forma fluida e contínua, podendo perceber-se inteiro em todos os lugares que passar.

Acerca disso, Campos e Cunha (2011) abordam que “a proposta de Equipe de Referência e Apoio Matricial para os serviços de saúde e para a rede assistencial visa enfrentar a tendência à fragmentação da atenção e desresponsabilização assistencial.” (pp. 969). Além disso, Dimenistein (2009) complementa ao trazer que “o Ministério da Saúde propôs a estratégia do Apoio Matricial para facilitar o direcionamento dos fluxos na rede, promovendo uma articulação entre os equipamentos de saúde mental e as Unidades Básicas de Saúde (pp. 66)

Percebe-se que formação de redes ainda encontra-se bastante fragilizada na realidade estudada, visto que poucas foram as propostas que extrapolaram os muros da unidade básica de saúde, e os que extrapolaram, em sua maioria, foram para os próprios mecanismos da saúde mental do município, como CERSAM, CERSAM ad ou arte na saúde, estando a intersectorialidade bastante pouco prejudicada. Em relação aos instrumentos de rede, como o prontuário eletrônico, percebe-se a fragilidade ainda presente em tal instrumento que esbarra em questões operacionais bastante evidentes nos serviços de saúde como falta de computadores ou internet para possibilitar o funcionamento do mesmo.

Em relação às questões do território, é sabido que a Estratégia Saúde da Família, além dos atendimentos clínicos aos usuários do serviço, tem que destinar carga horária para o desenvolvimento de estratégias grupais a fim de trabalhar tanto no âmbito da promoção como da prevenção, grupos temáticos baseados nas linhas programáticas do Ministério da Saúde. É nesse sentido que se encontra na maioria dos postos de saúde grupos de gestantes, grupos de

hipertensos-diabéticos e grupo de mulheres. O trabalho do apoiador também abrange o suporte a esse tipo de práticas coletivas a fim de fortalecer o trabalho da equipe mínima e estimular a existência dessas iniciativas que visam a ampliar as estratégias de cuidado em saúde.

O Apoio às atividades coletivas compreende tanto o planejamento quanto a execução conjuntos. Esse aspecto foi comentado pelos entrevistados com certa dificuldade, visto que, em geral, as equipes deixavam a parte grupal sob a responsabilidade dos apoiadores, em alguns casos planejando juntos, mas em poucos casos sendo executados e planejados conjuntamente.

Dimenstein (2008) reforça esta perspectiva ao abordar que

(...) também apontam a importância da proposta do Apoio Matricial em se trabalhar o território, não ficando apenas no contexto do espaço físico do CAPS, ou seja, articulando-se com a rede de saúde como um todo e com toda a sociedade ao desempenhar uma assistência integral. (Dimenstein, 2008, p. 637)

Neste sentido, remetendo à realidade estudada, percebe-se que as intervenções territoriais e coletivas são bastante inexpressivas no contexto das equipes de saúde mental, na medida em que apenas dois entrevistados trouxeram exemplos de iniciativas grupais, sendo que para um destes o grupo está desativado. Isso reflete a pouca relevância que as propostas coletivas têm para o trabalho do apoiador em saúde mental. Apesar disso, vários entrevistados trouxeram a perspectiva do grupo como uma vontade de incluir tal ação em seu planejamento, no entanto, devido à grande demanda por atendimentos, o grupo não consegue se concretizar. Campos e Domitti (2007) abordam outro obstáculo ao desenvolvimento do Apoio Matricial, qual seja “Obstáculos decorrentes do excesso de demanda e da carência de recursos” (pp. 404). No entanto, para que esta demanda diminua, torna-se necessário mudar o enfoque do trabalho individual para o coletivo.

Por último, há o Apoio Institucional que é voltado para as relações de trabalho e de gestão, relações estas que também precisam ser apoiadas e fortalecidas no âmbito do trabalho, visto que podem se tornar adoecidas diante das dificuldades do trabalho diário e da convivência com problemas de diversas ordens. Sabe-se que “o método do Apoio Matricial depende da existência de espaços coletivos, ou seja, do estabelecimento de algum grau de cogestão ou de democracia institucional.” (Campos, 2007) Diante disso, é necessário cuidar dos espaços

coletivos já existentes, como as reuniões de equipe, reuniões de gestão, bem como fomentar a criação de novos espaços que fortaleçam a dinâmica integrada de trabalho que a Atenção Primária exige.

Campos e Cunha (2011) referem que

As relações entre grupos, corporações, gestores e usuários dentro da organização têm sempre uma dimensão irredutivelmente política, o que significa dizer que o tema da democracia organizacional e da cogestão são fundamentais para a proposta de Equipe de Referência e Apoio Matricial. A *cogestão* é o exercício compartilhado do governo de um programa, serviço, sistema ou política social. O exercício compartilhado de governo implica coparticipação em todas as etapas do processo de gestão: definição de objetivos e de diretrizes, diagnóstico, interpretação de informações, tomada de decisão e avaliação de resultados. (Campos & Cunha, 2011, p. 966)

Neste sentido, a realidade estudada trouxe poucos elementos que pudessem colocar o apoio institucional entre as atividades desenvolvidas pela Equipe de Saúde Mental. Apenas uma entrevistada menciona o trabalho que desenvolve junto com a assistente social de “apoio ao centro de saúde”, que denomina como “matriciamento geral do centro de saúde, com a participação de um grande número de funcionários e a gerente demandou a minha participação, a participação da Tânia. Não é especificamente, é e não é, mas aí a gente vai tentando junto tentar algumas abordagens para esse outro público que nos é demandado atenção que não é tão prioritário pra gente.” (Entrevistada 1)

Campos e Cunha (2011) referem ainda que o Apoio Matricial deve instigar a criação de uma democracia institucional dentro das unidades básicas de saúde com a instituição de sistemas de cogestão, bem como da construção de espaços coletivos em que a análise de informações e a tomada de decisão ocorram de fato, objetivando incluir a sociedade civil na gestão do Estado e das Instituições, além de compartilhar o poder com as Equipes de trabalho na gestão de organizações produtoras de bens ou serviços.

Diante do estudo realizado, percebeu-se que a estratégia do Apoio trouxe ganhos para o trabalho da saúde mental na Atenção Primária, especialmente com a criação da Estratégia Saúde da Família e a criação do fluxo de acolhimento e acompanhamento na unidade. Com isso, a Equipe de Saúde Mental deixou de ser porta de entrada e os casos passaram a ser acompanhados conjuntamente através de reunião de matriciamento e não mais do simples encaminhamento. Este novo processo de trabalho permitiu o desenvolvimento da construção

conjunta entre equipe de Saúde da Família e de saúde mental, o que foi avaliado como bastante positivo para o trabalho com a saúde mental.

Além disso, percebe-se que este novo formato de trabalho permitiu maior aproximação da saúde mental de todos os profissionais da Atenção Primária, especialmente a equipe de Saúde da Família, tirando a saúde mental do isolamento e da restrição aos profissionais da área *psi*, contribuindo para a diminuição do estigma em torno do usuário portador de transtorno mental.

A reunião de matriciamento tornou-se uma proposta sólida de trabalho e tem ocupado espaço relevante na agenda de trabalhos das equipes envolvidas, o que mostra a consolidação da proposta de encontro e trabalho interdisciplinar entre Saúde da Família e saúde mental.

A inserção do psicólogo nesta equipe foi percebida como um estímulo à mudança da lógica médico-centrada para uma lógica voltada para a relevância de outros aspectos especialmente psicossociais e familiares das questões em torno da saúde mental, embora este profissional permaneça, muitas vezes, como o único ou principal responsável pela condução do processo de trabalho da saúde mental.

Além disso, todos os entrevistados perceberam o Apoio Matricial como efetivo na realidade das unidades básicas de saúde estabelecendo mudança de pensamento e prática das equipes acerca da saúde mental e consideraram a perspectiva do Apoio efetiva e transformadora do fazer saúde dentro da Estratégia Saúde da Família.

A perspectiva do Apoio veio “mexer” com a Atenção Primária, renovando algumas práticas e atitudes que incrementam a interdisciplinaridade da atenção, estabelecem a corresponsabilização pelos usuários e tornam as relações de cuidado horizontais, a fim de que o cuidado em saúde se amplie e torne-se dinâmico, levando em consideração os diversos âmbitos da vida dos sujeitos.

Apesar disso, vários aspectos ainda precisam avançar para que o Apoio Matricial aconteça de forma mais efetiva e sólida, especialmente no tocante à construção do projeto terapêutico de forma mais compartilhada, ampliando o “leque” de intervenções para além do atendimento clínico-individual, qual seja desenvolver a perspectiva do trabalho com grupos e coletivos, bem como na perspectiva do território, no tocante, também, à corresponsabilização

para que os casos sejam efetivamente acompanhados pelas duas equipes, revertendo a lógica do encaminhamento, no tocante à formação de redes, bem como no que se refere ao apoio institucional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa buscou trazer algumas reflexões sobre como Apoio Matricial em Saúde Mental vem sendo desenvolvido em Belo Horizonte, atrelado ao trabalho das Equipes de Saúde Mental. A escolha de estudar as ESM ocorreu por serem elas as responsáveis pelo atendimento à demanda de saúde mental da rede de saúde do município.

As referidas equipes foram criadas por volta dos anos 1980 na tentativa de integrar a saúde mental no nível básico de cuidados em saúde. Neste período inicial, as equipes referenciavam várias unidades básicas de saúde e eram responsáveis pelo acolhimento de toda demanda que adentrasse as unidades, havendo pouca ou nenhuma integração com o contexto da unidade de saúde. Com a implantação da Estratégia Saúde da Família, o processo de trabalho da Equipe de Saúde Mental sofreu algumas mudanças no sentido de integrar com a estratégia organizadora da Atenção Primária em Saúde. A partir daí, surge o trabalho do Apoio Matricial que objetivava dar suporte e retaguarda especializada às equipes de Saúde da Família no sentido de aumentar a resolubilidade da Atenção Básica.

As equipes são compostas por psicólogo, um para cada unidade básica de saúde, psiquiatra, um para as unidades básicas da microrregião, e assistente social, pertencente à unidade de saúde como um todo, não tendo obrigatoriedade de participação na Equipe de Saúde Mental. O psicólogo é, portanto, figura importante nesta equipe, visto que é o único profissional exclusivo desta equipe.

O principal público acompanhado pelas equipes de saúde mental são os neuróticos e psicóticos graves, com estabilização de quadro, também os casos de violência, abuso de drogas, egressos de internações psiquiátricas ou de tratamento no CERSAM. Em menor número, encontra-se o atendimento ao público dito “leve” que frequenta a UBS, ficando esta demanda em carência de acompanhamento.

Em 2008 é criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), através da Portaria Interministerial 154/2008, responsável também pelo apoio (matricial) às equipes de Saúde da Família. No entanto, em Belo Horizonte este núcleo é formado com foco nas questões da reabilitação, ficando a saúde mental ainda no escopo de responsabilidade das Equipes de Saúde Mental, o que acaba gerando alguns impasses, principalmente para o psicólogo que compõe as duas equipes referidas.

A pesquisa foi de cunho qualitativo e teve como instrumentos entrevista semiestruturada e observação-participante. Foram entrevistados cinco psicólogos que trabalham em equipes de saúde mental, bem como dois representantes do nível da gestão (gerente de unidade básica de saúde e referência técnica da regional de saúde). Além disso, realizou-se observação-participante a três reuniões de matriciamento, em três equipes diferentes.

A partir dos dados coletados, percebeu-se que o Apoio Matricial organiza-se em torno da reunião de matriciamento, em que se reúnem Equipe de Saúde Mental e Equipe de Saúde da Família, a fim de discutir casos relacionados com a saúde mental e a partir daí construir o projeto terapêutico. A implantação desta reunião foi percebida como positiva pelos entrevistados, pois propiciou momento de encontro entre as duas equipes, facilitando a integração entre elas. No entanto, ficou evidente que este espaço ainda é muito utilizado para “passar casos” e pouco para construção de projetos terapêuticos conjuntos.

Com relação aos projetos terapêuticos, o que se percebeu é que ainda estão centrados em atendimentos clínico-individuais por parte do psicólogo e do psiquiatra, ficando as intervenções comunitárias, grupais ou coletivas pouco desenvolvidas.

Sobre a articulação entre o trabalho da Equipe de Saúde Mental e o NASF, percebe-se que a relação, em geral, está muito frágil, sem muitos momentos de interlocução entre os profissionais das mesmas. No tocante ao psicólogo, percebe-se que a demanda da Equipe de Saúde Mental está bem delimitada, mas do NASF ainda está em processo de construção e isso tem gerado algumas tensões que não foram aprofundadas por não ser este o objetivo desta pesquisa.

Entre os principais desafios ao trabalho encontra-se a integração com a equipe de Saúde da Família, principalmente na sensibilização para o trabalho com a saúde mental, a fim de tirá-la do isolamento do consultório para o trabalho efetivamente integrado à Atenção Primária. Ao mesmo tempo em que essa questão é um desafio, ela também foi mencionada como necessária para que o Apoio Matricial cumpra o seu papel.

Apesar das tensões e desafios apresentados, o Apoio Matricial foi percebido como potente no trabalho da saúde mental na Atenção Primária e tem tentado transformar a relação

de trabalho nas unidades básicas de saúde no sentido da corresponsabilização e do trabalho integrado entre as equipes.

Estudar as Equipes de Saúde Mental foi muito relevante para a pesquisadora que veio para Minas Gerais com um olhar de fora, de quem não viveu as experiências de saúde da região, e foi muito interessante construir este olhar ao longo do Mestrado. Foi bastante desafiador pesquisar essas equipes, compreender seu funcionamento, o trabalho desenvolvido e como ele se relacionava com o Apoio Matricial, ao mesmo tempo foi muito interessante poder refletir sobre o assunto e trazer algumas contribuições ao trabalho. Com certeza fez parte de um processo importante de amadurecimento pessoal e profissional na vida da pesquisadora.

Por fim, esta dissertação não termina por aqui e nem tem a intenção de esgotar o assunto estudado, mas de gerar ainda mais questionamentos sobre o assunto, tendo em vista que o universo da saúde pública é muito amplo e cheio de possibilidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abou-Yo, Miriam (org) (2008) *Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: cotidiano de uma utopia*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008. 258 p.

Amarante, Paulo (org.). (1995) *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. SDE/ENSP, Rio de Janeiro.

Andrade, L. O. M; Barreto, I. C. H. C; Fonseca, C. D. (2004) *A estratégia Saúde da Família*. In Duncan, B. B.; Schmidt, M. I.; Giugliani, E. R. J. *Medicina ambulatorial: condutas de Atenção Primária baseadas em evidências*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, p.88-100.

Azevedo, N. S. (2011). *Núcleos de apoio à Saúde da Família: o processo de implantação em Belo Horizonte*. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Belo Horizonte.

Bachetti, Livia da Silva (2013) *Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: Criação de uma Rede de Apoio Matricial*. UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde 2013;15(1):13-9

Bardin, Laurence. (1995) *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Belo Horizonte. (2010) Secretaria Municipal de Saúde. *NASF BH: competências e ações*. Belo Horizonte.

Bezerra JR. Benilton. (2007) *Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(2):243-250.

Brasil (2002). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p.

_____. (2004a) Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: equipe de referência e Apoio Matricial* / Ministério

da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde.

_____. (2004b) Ministério da Saúde. *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf>

_____. (2005) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília, DF: OPAS. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas

_____. (2006) Ministério de Estado da Saúde. *Portaria GM nº 648 de 28 de março de 2006*. Brasília, 31 p.

_____. (2008) Ministério de Estado da Saúde. *Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008*. Brasília, 16 p.

_____. (2010) Ministério de Estado da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

_____. (2011) Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011.

_____. (2014) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

Campos, G. W. S. (1998) *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. 14, n. 4, p.863-870, 1998

_____, G. W. S. (1999) *Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde*. Ciênc Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, vol. 4, n. 2, p. 393-403, 1999

_____, G, W, S. (2000) *Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas*. Ciência & Saúde Coletiva, 5(2):219-230, 2000

_____, Gastão Wagner de Sousa. (2007) *Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2):399-407.

Campos, G. W. S. e Cunha, G. T. (2011) *Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde*. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.961-970, 2011

Chizzotti, Antônio. (2001) *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. 5 ed. Petrópolis: Vozes.

Costa-Rosa, A.; Luzio, C.; Yasui, S. (2008). *A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental*. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37.

Diministein, Magda et al. (2008) *Os CAPS e o Trabalho em Rede: Tecendo o Apoio Matricial na Atenção Básica*. Psicologia Ciência e Profissão, 632-645.

_____ et al. (2009) *O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental*. Saúde Soc. São Paulo, v.18, n.1, p.63-74.

Ferreira Neto, João Leite. (2011) *Psicologia, políticas públicas e o SUS*. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte, Fapemig.

Figueiredo, M. D; Onocko Campos R. (2009) *Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?*. Ciência & Saúde Coletiva, 14(1):129-138.

Flick, U. (2004). *Uma introdução à Pesquisa Qualitativa*. Tradução S. Netz. Porto Alegre: Bookman. Capítulo: Entrevistas semiestruturada (p. 89-108)

Goulart, M. S. B. (1993) *Equipe de Saúde Mental: a Torre de Babel da saúde pública*. Caderno de psicologia, v. 1, n. 2, p. 49-56, dez, Belo Horizonte, 1993

Lobosque, Ana Marta, Abou-yo, Miriam, (XXX) *A cidade e a loucura: entrelaces*. In: Sistema Único de saúde de Belo Horizonte – reescrevendo o público. Belo Horizonte, São Paulo: Xama, p.51-80, 1998.

May, T. (2004). *Pesquisa Social: questões, métodos e processos*. Tradução C. A. S. N. Soares. Porto Alegre: Artmed. 3ª ed. Cap. 7: Observação Participante: perspectivas e prática.

Melamed, C. (1998) *Programa de Agentes Comunitários de Saúde*. In: 20 Experiências de Gestão Pública e Cidadania/ Luis Mario Fujiwara, Nelson Luiz Nouvel Alessio e Marta Ferreira Santos Farah (orgs.) / São Paulo.

Minas Gerais. (2006) Secretaria do Estado de Saúde. *Linha Guia de Atenção em Saúde Mental*. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 238 p.

Minayo, Maria Cecília de Souza. (2010) *O Desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª ed. Hucitec, São Paulo.

Miriam Abou-Yd.(Org.). (2008) Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. *Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia* — Belo Horizonte, 258p.

Oliveira, G. N. (2008) *Projeto Terapêutico Singular*. In: Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada Organização: Gastão Wagner de Sousa Campos & André Vinicius Pires Guerrero. Editora Hucitec, 2008, 411 p.

Oliveira, Pedro R. S. de. (2010) *Psicologia e Apoio e a Estratégia de Saúde da Família*. Ensaio. Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. Fortaleza, 2010-09-09

Onocko-Campos, Rosana e Gama, Carlos A. P. da (2008). *Saúde Mental na Atenção Básica* In: Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada Organização: Gastão Wagner de Sousa Campos & André Vinicius Pires Guerrero. Editora Hucitec, 2008, 411 p.

Penido, C. M. F, Alves, M., Sena, R. R., Freitas, M. I de F. (2010) *Apoio Matricial como tecnologia em saúde*. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 34, n. 86, p. 467-474, jul/set, 2010

Passos, Izabel C. Friche. (2009) *Reforma psiquiátrica: as experiências francesa e italiana*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Silva, Rosane Pilar Diegues (2005) *Projeto de Saúde Mental de Belo Horizonte: um trabalho em rede?* Dissertação apresentada no Programa de Pós-graduação em Administração e Saúde Pública da Fundação João Pinheiro. Belo Horizonte, 2005

Tenório, F. (2002) *A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos*. História, Ciências, Saúde. vol. 9(1):25-59. Manguinhos, Rio de Janeiro, jan.-abr. 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo De Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de Pesquisa: O TRABALHO DO PSICÓLOGO NA ESTRATÉGIA DO APOIO MATRICIAL: ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DE BELO HORIZONTE

Colegiado de Pós-graduação em Psicologia da UFMG

Prezado(a) Sr.(a) _____

Vimos convidá-lo para ser entrevistado em uma pesquisa que tem como objetivo principal compreender como o Apoio Matricial em saúde mental vem sendo apropriado pelos psicólogos que exercem esta função junto à Atenção Primária em Saúde a partir da experiência da cidade de Belo Horizonte. As entrevistas serão semiestruturadas e terão por objetivo conhecer o trabalho do apoiador matricial dentro da prática do psicólogo, enfatizando aspectos teóricos e práticos de sua vivência. Desta forma, pretende-se conhecer o processo de criação das equipes de matriciamento no contexto da cidade, analisar a percepção dos psicólogos acerca de seu papel de apoiador matricial, descrever as práticas concernentes ao trabalho do psicólogo apoiador.

Ao concordar em participar, você será entrevistado em um local de sua preferência e sem qualquer custo material para você. A entrevista será confidencial, os resultados serão utilizados somente nesta pesquisa e serão apresentados e publicados sem nenhuma forma de identificação pessoal. Para garantir a qualidade dos dados, solicitamos a sua aprovação para que a entrevista seja gravada. Ao final da pesquisa, você será convidado a participar da devolução dos resultados.

Sua participação é voluntária, e você tem o direito de a qualquer momento interrompê-la, assim como se recusar a responder a qualquer pergunta, sem penalização alguma e sem prejuízo à sua vinculação profissional. Esclarecemos que as atividades não acarretarão em nenhum tipo de risco ou desconforto para você e acreditamos que sua participação poderá gerar benefícios através da reflexão sobre sua prática. Você poderá solicitar esclarecimentos antes, durante e após a entrevista. Não será dada nenhuma forma de remuneração pela participação na pesquisa.

Consentimento:

Declaro que estou devidamente esclarecido quanto aos objetivos, riscos e benefícios da minha participação, e concordo em participar da pesquisa.

Este formulário foi lido por mim, juntamente com o(s) pesquisador(es), que assinamos abaixo. Declaro ainda que recebi uma cópia do mesmo.

Local:

Data:

Participante:

Assinatura do (a) participante:

Pesquisador(es):

Assinatura(s) do(s) pesquisador(es):

Equipe de Pesquisa:

Izabel Christina Friche Passos (Coordenadora)

e-mail: izabelfrichepassos@gmail.com - tel. : (31) 34096281

Natália Freitas Dantas (Pesquisadora)

e-mail: nataliafdantas@gmail.com tel.: (31) 91316531

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais:

Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 - Unidade Administrativa II – 2º. Andar – sala 2005 -
CEP: 31270-901 – BH – MG – Telefax (31) 3409-4592 – email: coep@prpq.ufmg.br

APÊNDICE B - Roteiro da Entrevista Semiestruturada (aos psicólogos)

1. Nome: 2. Cidade:
2. Serviço de Saúde vinculado?
3. Você faz ações de Apoio Matricial? Quais? Além dessas, quais são suas outras atividades?
Há quanto tempo está desenvolvendo esse trabalho de Apoio Matricial?
4. O que você conhece sobre o surgimento da estratégia de Apoio Matricial em BH?
5. Como é seu processo de integração com as equipes de Saúde da Família? E com o CAPS? E com o NASF? Quais os principais desafios (Dificuldade) e potencialidades encontrados?
Falar um pouco de como foi a implantação da Estratégia do A.M em Belo Horizonte?
6. Descreva sua rotina de trabalho. Dentro desta rotina, quais atividades você realiza em conjunto com os profissionais da equipe de Saúde da Família? Todas as atividades que você desenvolve estão relacionadas com o Apoio Matricial?
7. Como você avalia o seu trabalho de apoiador? Enumere alguns desafios (dificuldade) e potencialidades.
8. Como você avalia o trabalho do psicólogo enquanto apoiador matricial em saúde mental na Estratégia Saúde da Família?
9. Como tem sido a aceitação da presença do psicólogo no Apoio Matricial por parte das equipes de Saúde da Família? – FALAR DA INTEGRAÇÃO/ RELAÇÃO DO PSI COM A EQUIPE
10. Você se baseia em alguma perspectiva teórica para fundamentar o Apoio Matricial?
12. Como você avalia a efetividade da presença do psicólogo na Atenção Primária em Saúde, enquanto apoiador matricial?
Como está funcionando a equipe de Apoio Matricial e qual a função/papel do psicólogo nesta equipe.

APÊNDICE C - Roteiro da Entrevista Semiestruturada (aos gestores)

1. Nome: _____ Região: _____

3. Cargo: _____

O que é o Apoio Matricial para o município? É uma estratégia importante?

E o A.M na Saúde Mental?

Quais equipes trabalham com isso? Quais profissionais?

4. Desde quando o serviço de saúde do município trabalha com a estratégia do Apoio Matricial?

5. Como foi o processo de criação e implantação?

6. Atualmente, quais serviços trabalham com o Apoio Matricial? E quais profissionais?

7. Quais as desafios e potencialidades percebidas com a implantação do Apoio Matricial em saúde mental?

8. Como você avalia a presença do psicólogo nesta estratégia?

9. Como você avalia a efetividade do Apoio Matricial na rede de saúde?

Obs: E o NASF (Caso não se mencione)?

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O trabalho do psicólogo na estratégia do Apoio Matricial

Pesquisador: Izabel Christina Friche Passos

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 14546613.8.0000.5149

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 461.288

Data da Relatoria: 28/11/2013

Apresentação do Projeto:

Adequado.

Objetivo da Pesquisa:

Adequado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Adequado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Solicitação de emenda justificada: "O comitê de ética da prefeitura de Belo Horizonte pediu alteração na carta de anuência com inserção de alguns dados faltosos na carta anterior. Houve substituição da carta de anuência."

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos pela aprovação do emenda ao projeto "O trabalho do psicólogo na estratégia do Apoio Matricial" da pesquisadora Izabel Christina Friche Passos

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 461.288

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovada emenda conforme parecer.

BELO HORIZONTE, 20 de Novembro de 2013

Assinador por:

**Maria Teresa Marques Amaral
(Coordenador)**

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad SI 2005

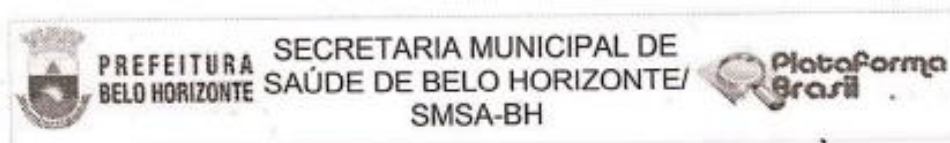
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O trabalho do psicólogo na estratégia do Apoio Matricial

Pesquisador: Izabel Christina Friche Passos

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 14546613.8.0000.5149

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 497.902

Data da Relatoria: 17/12/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de mestrado que visa compreender como o apoio matricial em saúde mental vem sendo apropriado pelos psicólogos que exercem esta função junto à Atenção Primária em Saúde a partir da experiência da cidade de Belo Horizonte. É uma pesquisa qualitativa exploratória que utiliza como instrumentos a entrevista semi-estruturada individual, entrevista e observação-participante. Serão selecionados seis psicólogos que estejam desenvolvendo a função de apoiadores matriciais da rede de saúde mental de Belo Horizonte há pelo menos um ano, um gestor da área e observação-participante das reuniões de apoio matricial.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender como o apoio matricial em saúde mental vem sendo apropriado pelos psicólogos que exercem esta função junto à Atenção Primária em Saúde a partir da experiência da cidade de Belo Horizonte.

Objetivo Secundário:

- 1- Conhecer o histórico de implementação da saúde mental e sua articulação com a atenção primária no sistema de saúde;
- 2- Conhecer o processo de criação das equipes de matriciamento no contexto da referida cidade;

Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar

Bairro: Funcionários

CEP: 30.130-007

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pth.gov.br



PREFEITURA
BELO HORIZONTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE/
SMSA-BH



Continuação do Parecer: 497.902

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora informa que a pesquisa gera poucos riscos e como benefício propiciará a composição de banco de dados do Sistema Único de Saúde servindo de base para mudanças estruturais, bem como outras pesquisas na área da Atenção Primária em Saúde na interface com a Saúde Mental.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os métodos descritos no Projeto são pertinentes com os objetivos da pesquisa, está bem fundamentado, possui mérito científico e atende às exigências de ética na pesquisa envolvendo seres humanos, estando também compatível com seu orçamento e cronograma.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto assinada pelo(a) pesquisador(a) Izabel Christina Friche Passos e pelo representante da Instituição proponente foi devidamente apresentada. Carta de anuência da Instituição Coparticipante da pesquisa foi apresentada. O TCLE foi apresentado com linguagem clara, acessível aos possíveis participantes da pesquisa e contém contatos do pesquisador e do CEP/SMSA-PBH.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e verificando que o projeto cumpriu os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado o projeto O trabalho do psicólogo na estratégia do Apoio Matricial.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar
Bairro: Funcionários CEP: 30.130-007
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 E-mail: ceep@pbh.gov.br

Continuação do Parecer: 497/2012

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Relatórios anuais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

BELO HORIZONTE, 17 de Dezembro de 2013



Assinador por:
Eduardo Prates Miranda
(Coordenador)

Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar
Bairro: Funcionários CEP: 30.130-007
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 E-mail: ceep@pbh.gov.br