

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ANÁLISE DA IMPLICAÇÃO DE APOIADORES E TRABALHADORES
DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO APOIO MATRICIAL
EM SAÚDE MENTAL**

CLÁUDIA MARIA FILGUEIRAS PENIDO

**BELO HORIZONTE – MG
2012**

Cláudia Maria Filgueiras Penido

**ANÁLISE DA IMPLICAÇÃO DE APOIADORES E TRABALHADORES
DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO APOIO MATRICIAL
EM SAÚDE MENTAL**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da
UFMG como um dos requisitos à obtenção do
título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem.

Linha de pesquisa: Prevenção e controle de
agravos à saúde

Orientadora: Profa. Dra. Maria Imaculada de
Fátima Freitas

Belo Horizonte
2012

Para meu saudoso pai, por me ter
contagiado com sua curiosidade
e prazer pela vida.

Para Miguel, a quem dedico esta
centelha do fogo de saber sobre si,
sobre os outros e sobre o mundo.

AGRADECIMENTOS

(Implicações libidinais, econômicas, etc...)

A Deus (e à minha mãe e à minha avó Zezé, por terem me possibilitado a experiência da fé).

Aos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família, apoiadores e gestores, coautores da dinâmica social que se intitula Apoio Matricial em Saúde Mental de Santa Luzia, sobretudo àqueles que participaram desta pesquisa.

Aos (ex) “matrix” que deram ao Apoio Matricial em Saúde Mental de Santa Luzia o vigor da sua inquietação, nos permitindo avançar. Em especial a Tais Laprea – que assumiu prontamente e com desenvoltura a coordenação da equipe matricial em todos os meus períodos de afastamento para o doutorado; Flávia Abade – que foi também uma das entrevistadoras da pesquisa; Ilda Costa, Carla Abreu e Graziela Ribeiro – que colaboraram também para o recrutamento dos participantes da pesquisa; e ao meu amigo Renato Franco, pela importância da sua contribuição na história da saúde mental de Santa Luzia.

À Maria do Carmo Tófani, por ter despertado em mim um impensado gosto pela gestão e por ter ajudado a sustentar de forma determinada e com recursos municipais o trabalho do Apoio Matricial em Saúde Mental.

À Secretaria de Saúde de Santa Luzia, em especial à superintendente da Atenção Primária em Saúde, Nádia Cristina Dias Duarte, pela compreensão e aprovação das minhas férias-prêmio para conclusão do doutorado;

Ao Serafim Barbosa Santos-Filho, que nos ajudou a dar os contornos do nosso Apoio Matricial em Saúde Mental.

À Profa. Maria Imaculada de Fátima Freitas (Peninha), pela confiança que depositou em mim, pelo convite à Análise Institucional, pelas contribuições dadas à pesquisa e pelo empenho em viabilizá-la do ponto de vista financeiro.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelas bolsas concedidas, a primeira para o doutorado sanduíche em Paris (Programa de Doutorado no País com Estágio no Exterior – PDEE) e a segunda, para o último ano do doutorado no Brasil (Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – REUNI).

Aos colegas do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NUPESC), pela disponibilidade e ajuda no trabalho de campo e na análise das entrevistas e grupos focais.

Aos participantes da banca de qualificação, Prof. João Leite Neto, Profa. Roberta Romagnoli e Profa. Roseni de Sena, pelas contribuições valiosas.

À Profa. Kênia Lara, tutora do grupo de bolsitas CAPES-Reuni e à colega Beatriz Caçador.

À Roberta Romagnoli, por ter me religado ao meu desejo de estudar em Paris, por ter me ajudado a viabilizá-lo e por sua companhia vibrante durante esse breve e inesquecível sopro de vida e de novas experiências.

Ao Prof. Gilles Monceau, pela receptividade e, sobretudo, pela generosidade e coerência na transmissão da dinâmica do poder e do saber nas instituições.

A Michèle, Kátia e aos colegas da *Maison du Brésil*, Conrado e Regina, família que me acolheu em Paris.

À Cintia Costa, pelo aperfeiçoamento na língua e cultura francesas.

À Simone Paulon, que me introduziu na roda do coletivo ampliado da Política Nacional de Humanização (PNH), me conectando com novas ideias e afetos e me possibilitando ampliar a discussão sobre o apoio.

Ao Rogério Pinto, com quem tenho aprendido sobre pesquisa e sobre a vida, por sua disposição para os encontros e por sua capacidade de cuidar para que eles se perpetuem;

Aos meus cuidadores do corpo e do inconsciente, Daniel Vianna e Elisa Alvarenga.

A todos os meus amigos que me foram presença certa nas horas incertas, em especial ao Adriano – pelo carinho e cuidado, e à Carla – pela leitura esmerada da tese e pela interlocução sempre restauradora do(s) norte(s).

À Ana Paula, pela dedicação, pelo companheirismo e pela persistência decididos, ajudando-me a transpor o inverno que antecedeu a primavera.

A Tininha, Nelsinho, Coinha e Mala, pelo suporte afetivo e efetivo e, em especial, para minha mãe, exemplo de superação, me ensinando que não podemos subestimar nossa força.

*O senhor... mire e veja o mais importante no mundo é isto:
que as pessoas não estão sempre iguais, não foram
terminadas – mas que elas vão sempre mudando.
É isso que a vida me ensinou. Isso me alegra.*

João Guimarães Rosa

RESUMO

O objetivo geral com este estudo foi analisar a implicação de apoiadores matriciais e trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família no Apoio Matricial em Saúde Mental (AMSM) em Santa Luzia-MG. Como objetivos específicos, descrever a história de implementação do AMSM no município de Santa Luzia-MG e analisar sua fundação institucional, bem como compreender as diferentes formas de implicação de apoiadores matriciais e trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família no AMSM. A Análise Institucional de René Lourau é o referencial teórico-metodológico – notadamente seu conceito de implicação, compreendido como a relação que os atores estabelecem com a instituição, no caso, o AMSM. A implicação da pesquisadora, também gestora do AMSM, é analisada transversalmente à pesquisa, apoiada na escrita diarística. Dados foram coletados em consultas a documentos, grupos focais com trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família (agentes comunitários de saúde, enfermeiros e médicos), apoiadores matriciais (psiquiatras, psicólogos e estagiários de psicologia) e entrevistas com gestores. Inicialmente, utilizou-se a técnica da Análise Estrutural da Narração, baseada em Demazière e Dubar, para organizar dados coletados em grupos focais e entrevistas. Posteriormente, foram realizadas releituras do material para identificação dos analisadores, elementos que propiciaram a análise da implicação dos atores. Houve frágil pactuação da estratégia matricial, quando de sua implantação, entre Estratégia de Saúde da Família e Saúde Mental. Identificou-se cisão fundadora na instituição AMSM em Santa Luzia – repetindo imprecisão das políticas públicas da área, no âmbito nacional –, o que colaborou para resistências em relação a ele. Apoiadores mantêm, em relação ao AMSM, uma inquietude pelos graus de liberdade e improvisado e também um prazer pela sua cogestão. Há, eventualmente, uma sobreimplicação na metodologia matricial. A implicação dos trabalhadores das equipes de Saúde da Família no AMSM é marcada pelo reconhecimento do aumento do grau de autonomia, da segurança para o cuidado em saúde mental e do estreitamento do vínculo com os usuários. Isso colabora para que os trabalhadores considerem o AMSM como um suporte face à sobrecarga da magnitude epidemiológica dos transtornos mentais. Apoiadores usam do saber para justificar decisões sobre aspectos do processo de trabalho, o que gera conflitos entre as equipes.

Palavras-chave: Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde. Análise Institucional. Apoio Matricial. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

This piece of work aims at analyzing the implication of matrix supporters and family health workers at Mental Health Matrix Support (MHMS) in Santa Luzia-MG and, for specific goals, describing the implementation history of the MHMS in the municipality of Santa Luzia-MG and analyzing its institutional foundation, as well as comprehending the different forms of implication of matrix supporters and family health workers at MHMS. The Institutional Analysis of René Lourau is the theoretical-methodological referential, notably its concepts of implication, comprehended as the relationship that the actors have with the institution, in this case, the MHMS. The implication of such researcher, also manager of MHMS, is transversally analyzed within a research, supported by the diaristic writing. The survey data were collected while consulting documents, focal groups with family health of strategy workers (ACSSs, nurses, doctors) and matrix supporters (psychiatrists, psychologists and psychology interns) and interviews with managers. Initially, the structural analysis of narrative technique, based on Demazière and Dubar, was used to organize the survey data collected in focal groups and interviews. Afterwards, subsequent readings were performed to identify the analyzers, elements that analyzed the MHMS institution and, through derivation, the actors' implication. As a result, fragile pact of strategy matrix was observed, when it was implanted, between the Family Health Strategy and Mental Health. A scission founder was identified at MHMS institution in Santa Luzia, which repeats the area public policy ambiguity, nationwide and contributed to resistance in relation to the MHMS. Supporters maintain a disquieting relationship with MHMS due to the degrees of freedom and improvisation and pleasure for their co-management. There is, eventually, overimplication in matrix methodology. The implication of Family Health workers teams in MHMS is marked by the recognition of a higher degree of autonomy, security for mental health care and closer bonds with users which make them consider it a foundation against the epidemiological magnitude of mental disorders workload. Supporters use knowledge to justify decisions about aspects of the work process, which generates conflicts among the teams.

Keywords: Mental Health. Primary Health Care. Institutional Analysis. Matrix Support. Family Health Strategy.

RÉSUMÉ

La présente étude a pour objectif général d'analyser l'implication de souteneurs matriciels et travailleurs de la Stratégie de Santé de la Famille dans le Soutien Matriciel en Santé Mentale (SMSM) à Santa Luzia-MG et, pour objectifs spécifiques, de décrire l'histoire d'implémentation de l'SMSM dans la ville de Santa Luzia – MG et d'analyser sa fondation institutionnelle, aussi bien que comprendre les différentes modalités d'implication de souteneurs matriciels et travailleurs de la Stratégie de Santé de la Famille dans le SMSM. L'Analyse Institutionnel de René Lourau est le référentiel théorico-méthodologique – notamment son concept d'implication, compris comme le rapport que les acteurs établissent avec l'institution, dans ce cas, le SMSM. L'implication du chercheur, aussi cadre du SMSM, est analysée transversalement à la recherche, appuyée dans l'écriture diaristique. Les données ont été recueillies à partir des consultations de documents, des groupes focaux avec les travailleurs de la Stratégie de Santé de la Famille (agents communautaires de santé, infirmiers et médecins généralistes), avec les souteneurs matriciels (psychiatres, psychologues et stagiaires de la psychologie) et des entretiens avec les cadres. D'abord, on a utilisé la technique de l'Analyse Structurale du Récit, basée sur Demazière et Dubar, pour organiser les données recueillies à partir des groupes focaux et des entretiens. Ensuite, des relectures du matériel pour l'identification des analyseurs – éléments qui ont rendu propice l'analyse de l'implication des acteurs – ont été réalisées. On a constaté une pactuation fragile de la stratégie matricielle, lors de son implantation, entre Stratégie de Santé de la Famille et Santé Mentale. On a identifié la scission fondatrice dans l'institution SMSM à Santa Luzia – répétant l'imprécision des politiques publiques du secteur, dans la sphère nationale – qui a collaboré aux résistances par rapport au SMSM. Les souteneurs maintiennent, par rapport au SMSM, une inquiétude par les degrés de liberté et improvisation et aussi un plaisir de s'investir dans sa cogestion. Il y a, éventuellement, une surimplication dans la méthodologie matricielle. L'implication des travailleurs des équipes de Santé de la Famille dans le SMSM est marquée par la reconnaissance de l'augmentation du degré d'autonomie, de la sécurité pour le soin en santé mentale et de l'établissement de liens avec les usagers. Cela permet aux travailleurs de considérer le SMSM comme un support face à la surcharge de la magnitude épidémiologique des troubles mentaux. Les souteneurs s'utilisent du savoir pour justifier les décisions sur les aspects du processus de travail, ce qui engendre des conflits parmi les équipes.

Mots-clefs: Santé Mentale. Soins de Santé Primaire; Analyse Institutionnelle; Soutien Matriciel; Stratégie de Santé de la Famille.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	– Organograma da gerência dos serviços de saúde antes da inauguração dos NASFs, em Santa Luzia (MG) – 2010.....	53
Figura 2	– Organograma da gerência dos serviços de saúde depois da inauguração dos NASFs, em Santa Luzia (MG) – 2011.....	54
Quadro 1	– Grupos focais: tempo de duração e entrevistador responsável.....	61
Quadro 2	– Entrevistas: tempo de duração e entrevistador responsável.....	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Segmentos institucionais participantes da pesquisa, por técnica de pesquisa e média de tempo de participação na estratégia matricial.....	55
----------	---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AEN – Análise Estrutural da Narrativa

AI – Análise Institucional

AM – Apoio Matricial

AMSM – Apoio Matricial em Saúde Mental

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil

CE – Ceará

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

ESF – Equipe de Saúde da Família

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

MG – Minas Gerais

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NUPESC – Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

RN – Rio Grande do Norte

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SM – Saúde Mental

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Nota preliminar sobre o sujeito pesquisador.....	14
1.2 Introdução ao problema de pesquisa.....	17
2 REVISÃO DA LITERATURA E PROBLEMA DE PESQUISA	21
2.1 Apoio matricial em saúde mental como organizador das ações de saúde mental na Atenção Primária à Saúde.....	21
2.1.1 Reforma psiquiátrica e saúde mental na Atenção Primária à Saúde.....	24
2.1.2 Apoio matricial como arranjo organizacional e metodologia.....	24
2.1.3 Apoio matricial como tecnologia em saúde.....	27
2.1.4 Apoio matricial em saúde mental.....	28
2.1.5 Apoio matricial em saúde mental e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs).....	29
2.2 Apoio matricial em saúde mental no contexto da Política Nacional de Humanização (PNH).....	32
2.2.1 Apoio matricial e a aposta nas ampliações da clínica, corresponsabilização, autonomia e vínculo.....	33
2.3 O conceito de implicação, à luz da Análise Institucional de René Lourau.....	37
2.4 Retomando a construção do problema de pesquisa.....	43
3 OBJETIVO GERAL	44
3.1 Objetivos específicos.....	44
4 ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS	45
4.1 Análise da implicação da pesquisadora-gestora e notas sobre a escrita do texto.....	45
4.2 Métodos e técnicas de pesquisa.....	48
4.3 Sujeitos da pesquisa.....	51
4.4 Recrutamento.....	55
4.4.1 Trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família e apoiadores.....	55
4.4.2 Gestores.....	57
4.5 Coleta de dados.....	57
4.6 Análise dos dados dos grupos focais e entrevistas.....	63
4.6.1 Análise Estrutural da Narração (AEN).....	64
4.6.2 Da análise aos analisadores.....	66
4.7 Devolução dos resultados.....	67
5 HISTÓRICO DA IMPLEMENTAÇÃO DO APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL EM SANTA LUZIA: FATOS E ANÁLISE DA SUA FUNDAÇÃO INSTITUCIONAL	69
5.1 Cenário: o município de Santa Luzia.....	70
5.2 A (des)articulação entre a Estratégia de Saúde da Família e Saúde Mental em Santa Luzia (junho de 1997 a agosto de 2006).....	70
5.3 A primeira fase do Apoio Matricial em Saúde Mental de Santa Luzia (agosto de 2006 a agosto de 2007).....	72
5.4 A preparação para a segunda fase do Apoio Matricial em Saúde Mental: a gênese de um modelo e sua pactuação (agosto de 2007 a novembro de 2007).....	74
5.5 A segunda fase do Apoio Matricial em Saúde Mental: o novo modelo (novembro de 2007 a abril de 2011).....	79

5.6 A terceira fase do Apoio Matricial em Saúde Mental e a sua absorção pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) de Santa Luzia (abril de 2011 em diante).....	82
5.7 Vicissitudes no processo de institucionalização do AMSM e a herança do momento fundador.....	85
6 ASPECTOS DA IMPLICAÇÃO DE APOIADORES E TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL.....	91
6.1 Participantes e não participantes do AMSM.....	92
6.2 Principais estratégias do AMSM.....	93
6.2.1 Discussões de casos.....	94
6.2.2 Atendimentos compartilhados.....	96
6.2.3 Visitas domiciliares compartilhadas.....	98
6.3 Aspectos da implicação dos apoiadores matriciais no AMSM.....	100
6.4 Aspectos da implicação dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família no AMSM.....	110
6.4.1 Algumas peculiaridades da implicação das diversas categorias profissionais da Estratégia de Saúde da Família no AMSM.....	116
7 ALGUNS ANALISADORES DA IMPLICAÇÃO DE APOIADORES MATRICIAIS E TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL.....	132
7.1 A polêmica em torno do detalhamento do caso para sua discussão e da decisão sobre a marcação do atendimento compartilhado como analisadores das relações de saber/ poder no contexto do AMSM: os fins justificam os meios?.....	133
7.2 A “passagem de fichas” e a renovação de receita de psicofármacos sem a avaliação clínica do usuário como analisadores da implicação de apoiadores e trabalhadores das ESFs no AMSM: o atravessamento da magnitude epidemiológica dos transtornos mentais.....	141
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	151
REFERÊNCIAS.....	156
APÊNDICE.....	166
ANEXOS.....	169

1 INTRODUÇÃO

Há, em um dado instante, encontro entre o desejo e realidade. Este elã vital provoca um encontro entre a ‘não realidade’ e o devir. Assim se conceberá um projeto, um objeto de pesquisa do qual não conhecemos, de início, nesse instante, nem a forma, nem quase o conteúdo; ele está em gestação, seu amadurecimento levará seu tempo, se fará no decurso. O objeto começa a ter uma história (MERINO, 1997-1998, p. 65).¹

1.1 Nota preliminar sobre o sujeito pesquisador

Meu interesse pelo tema da Saúde Mental (SM) na Atenção Primária à Saúde (APS), mais especificamente na Estratégia de Saúde da Família, está intimamente relacionado ao meu trabalho. Em 1993, fui aprovada como psicóloga em concurso da Prefeitura Municipal de Santa Luzia-MG, onde atendi no Ambulatório de SM até 2005. A partir dessa época, esse ambulatório começou a se transformar em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) o qual, em 2006, passou a ofertar Apoio Matricial em Saúde Mental (AMSM) aos médicos da Estratégia de Saúde da Família, pelos psiquiatras desse CAPS.

Em 2007, ao procurar a então coordenadora de SM para solicitar minha integração à equipe matricial como psicóloga, fui convidada, por ela, a inaugurar e assumir a coordenação do AMSM para a Estratégia de Saúde da Família. Meu aceite resultou em mudança de cargo, de “psicóloga” para “diretora especialista”, significando também um aumento salarial expressivo.

Passados alguns meses na coordenação do AMSM, o desejo de conhecer mais profundamente como os apoiadores e trabalhadores das Equipes de Saúde da Família (ESFs) compreendiam a estratégia matricial e como se relacionavam com essa instituição no contexto de Santa Luzia, passou a fazer parte do meu cotidiano.² Dando andamento à minha ideia,

¹ Do original: *Il y a, à un instant donné, rencontre entre désir et réalité. Cet élan vital, provoque une rencontre entre la ‘non-réalité’ et le devenir. Ainsi va se concevoir un projet, un objet de recherche dont on ne connaît pas, au départ, à cet instant-ci, ni la forme, ni quasiment le contenu ; il est en gestation, son mûrissement prendra son temps, se fera dans la durée. L’objet commence a avoir une histoire* (MERINO, 1997-1998, p. 65).

² Para efeito desta pesquisa, usarei os termos “trabalhadores” e “profissionais”, para me referir aos atores da Estratégia de Saúde da Família. O primeiro termo será utilizado em caráter mais geral, me referindo ao coletivo de atores que integram as ESFs e participam desta pesquisa (médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde). Já o segundo será utilizado em referência específica à categoria profissional desses trabalhadores. A identificação dessas categorias profissionais se tornou possível, nesta pesquisa, graças à sua separação por grupo focal. Já para os integrantes da equipe matricial, farei a opção pelo uso do termo

formulei um projeto de pesquisa para ingresso no doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), estimulada pela interlocução que encontrei com minha orientadora e, notadamente, por seu convite à abordagem da minha inquietação pelo referencial teórico da Análise Institucional (AI). Como eu pretendia analisar as relações dos trabalhadores das ESFs e apoiadores com a estratégia coordenada por mim, minha intenção era despertar um coletivo que pudesse me auxiliar nesta empreitada ousada e delicada dos pontos de vista ético e paradigmático, para a qual encontrei direção no referencial teórico da AI:

Coletivizar não significa enaltecer as ‘interações’ mais ou menos ‘simbólicas’ entre indivíduos divididos e orgulhosos de sê-los, mas ao contrário, cooperar, agir em conjunto, sobre a base de um paradigma comum (coletivamente discutido) [...] (LOURAU, 1997b, p. 41).³

É nesse sentido que, a partir daqui, usarei a primeira pessoa do plural, “nós”, quando houver referência direta ao sujeito coletivo pesquisador envolvido nesta pesquisa, composto tanto por aqueles que participaram de forma mais sistemática e intensa – meu caso e da minha orientadora –, quanto por outros que participaram de forma mais pontual – como é o caso de professores; colegas do grupo de pesquisa e de outras instituições; professores participantes do exame de qualificação; trabalhadores das ESFs, apoiadores e gestores que discutiram os resultados da pesquisa; assistentes de campo que auxiliaram na coleta e análise dos dados. Nesse conjunto, destacamos os atores participantes da pesquisa que, com seus depoimentos e reflexões nas entrevistas e grupos focais, contribuíram para o conjunto de dados da presente investigação.

O uso do “nós”, dessa forma, me permitirá fazer referência direta à produção coletiva que passo a agenciar e da qual serei intercessora. Nutro, com esse recurso, a expectativa de que o coletivo permita, a todos nós, “sair de nós mesmos, burlar nossa interioridade,

“apoiadores” ou “matriciadores” para distingui-los dos “trabalhadores” das ESFs. O termo “profissional”, neste caso, não será utilizado, devido ao fato dos estagiários de Psicologia estarem incluídos no grupo dos apoiadores e não serem ainda profissionais e, ainda, por não termos condição de identificar a categoria profissional dos membros dessa equipe, visto termos optado pelo uso de um só grupo focal para todos, o que será justificado no capítulo “Aspectos teórico-metodológicos”.

³ Do original: “*Collectiviser ne signifie pas magnifier les ‘interactions’ plus ou moins ‘symboliques’ entre individus atomisés et fiers de l’être, mais au contraire coopérer, agir ensemble, sur la base d’un paradigme commun (communément discuté) [...]*” (LOURAU, 1997b, p. 41).

desterritorializar, possibilitando-nos agenciar e, assim, sustentar ações micropolíticas eficazes” (ROMAGNOLI, 2010, p. 3).⁴

Em suma, essa pesquisa partiu de uma motivação pessoal. É importante mencionar que, desde o início desse trabalho investigativo, que começou meses depois de eu ter assumido a coordenação do AMSM, foi esclarecido para apoiadores e gestores minha posição híbrida de gestora e pesquisadora, o que foi recebido com interesse pelos primeiros e com algum receio pelos segundos. Percebi, entretanto, que tal receio foi substituído pela crença/encomenda, verbalizada por um dos gestores, de que eu “jamais falaria mal” de um trabalho que eu mesma coordeno... Sem me ater a julgamentos de valor (falar “bem” ou “mal”), expus aos gestores meu pensamento: a oportunidade de analisar a relação dos apoiadores e trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família com o AMSM poderia se desdobrar em uma possibilidade de aperfeiçoamento do processo de trabalho, baseado no conhecimento produzido.

Ainda como parte da análise da minha própria implicação⁵ no AMSM e na pesquisa, é necessário ressaltar minha militância no campo da Saúde Coletiva, naquilo que se refere aos objetivos considerados essenciais ao trabalho em saúde: “a própria produção de saúde e também a coconstrução de capacidade de reflexão e de ação autônoma para os sujeitos envolvidos nesses processos: trabalhadores e usuários” (ONOCKO CAMPOS; CAMPOS, 2006, p. 669). Situo-me, ainda, como partidária da crença de que o AMSM é potente para a transformação da lógica do cuidado em SM, muito embora conceba limitações relativas ao contexto no qual é levado a efeito. Além disso, concebo o AMSM como um importante recurso humanizador da atenção e da gestão no Sistema Único de Saúde (SUS) e acredito que sua vertente pedagógica é multiplicadora dos graus de autonomia dos trabalhadores. Considero, finalmente, que essa posição assumida passa a integrar o campo de interferências dessa pesquisa (LOURAU, 1997b), constituindo-se em mais um elemento dessa rede.

Antes de passar à introdução do problema de pesquisa, compartilho fragmento do meu diário, escrito algum tempo depois de iniciada a caminhada investigativa:

Diante da tarefa que me propus, identifico minha fantasia (do) capital. Se os resultados indicarem muitos problemas em relação ao apoio matricial em saúde mental, sua sobrevivência e, conseqüentemente, minha posição como gestora,

⁴ Baseada em fundamentos de: ESCÓSSIA, L. da; KASTRUP, V. O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo-sociedade. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 10, n. 2, 2005.

⁵ Conceito que teremos a oportunidade de aprofundar no próximo capítulo: “Revisão da Literatura e problema de pesquisa”.

estarão em cheque, o que para mim poderá resultar em baixa de capital financeiro...

Por outro lado, se a pesquisa chegar a resultados auspiciosos, talvez eu possa ser acusada pela banca examinadora, e pelos leitores, de falta de capital analítico, por ser a gestora da estratégia...

Enfim, hoje penso que estou diante de uma tarefa quase ingrata...
(Diário de pesquisa, 1º de setembro de 2010).^{6 7}

1.2 Introdução ao problema de pesquisa

No Brasil, o redirecionamento do modelo de assistência à SM é inspirado pelo movimento da Reforma Psiquiátrica⁸ e prevê a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e a sua substituição por uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial, de base comunitária. A Atenção Básica (AB) – ou APS⁹ – é considerada estratégica na rede articulada do cuidado em SM, pois em função de sua proximidade com famílias e comunidades, é estimado que grande parte das pessoas com transtornos mentais esteja sendo atendida nesse nível de assistência (BRASIL, 2004a). A Estratégia de Saúde da Família, concentrada na AB ou APS, tem como um de seus objetivos a assistência integral às famílias de um dado território de abrangência, incluídos aí os cuidados relativos à saúde mental possíveis de serem prestados nesse âmbito.¹⁰

⁶ O uso da escrita diarística será explicado no capítulo “Aspectos teórico-metodológicos”.

⁷ PENIDO, C. M. F. **Diário de pesquisa**. [Documentação da autora], 1º de setembro de 2010.

⁸ “Processo de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria” (AMARANTE, 1995, p. 87). O Brasil foi notadamente influenciado pelo movimento reformista italiano, que teve em Franco Basaglia seu expoente maior.

⁹ O termo “Atenção Básica” (AB), utilizado pelo Ministério da Saúde, identifica o que mundialmente é conhecido como “Atenção Primária à Saúde” (APS). Há várias querelas envolvendo defensores de ambos os termos, com destaque para o descontentamento de alguns em relação ao termo “Atenção Básica”, por sugerir que a palavra “Básica” descon sideraria a complexidade inerente a essa esfera. Ressaltam-se, ainda, as próprias indagações e caminhos práticos que cada um desses termos tomou na história da atenção à saúde nos diferentes países. Para efeito dessa pesquisa, optamos pelo termo “Atenção Primária à Saúde” (APS), tomado pelo Ministério da Saúde (MS) como equivalente ao termo “Atenção Básica” em documentos recentes (BRASIL, 2011). Em caso de referência a da expressão “Atenção Básica”, optamos por mantê-lo sem, contudo, desprezar a inequívoca complexidade que lhe é inerente (a esse respeito, conferir MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde: origens e diferenças conceituais. **Rev APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009). Assim, consideraremos APS (ou AB) um “conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, 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” (BRASIL, 2011).

¹⁰ Mattos (2001) confere três conjuntos de sentidos à integralidade: atributo da prática dos profissionais de saúde, atributo da organização dos serviços e resposta governamental via políticas voltadas para grupos populacionais

Lyra (2007, p. 59) aponta, entretanto, a dificuldade de trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família direcionarem o olhar para uma assistência integral, apesar dos benefícios da atenção ao primeiro contato em um nível primário. No caso da SM, isso poderia significar prevenir o desencadeamento de uma crise psicótica ou o controle de agravos em um quadro de depressão, por exemplo, o que nem sempre ocorre na APS. Havendo inadequação de tratamento e atraso no início da intervenção, o resultado é o agravamento do quadro inicial.

Para enfrentar esse problema e considerando a indissociabilidade entre o cuidado e a gestão, em 2003, o Ministério da Saúde adotou o Apoio Matricial (AM) como um organizador das ações de saúde mental na AB:

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

O modelo exclui a lógica do encaminhamento e visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local, aumentando seus “coeficientes de sua autonomia” (CAMPOS, 1998), por meio da estratégia da formação permanente. No trabalho conjunto, são mobilizados os recursos do núcleo de conhecimento tanto do apoiador matricial (especialista), quanto do profissional de referência da ESF. Dessa forma, a estratégia matricial¹¹ privilegia o exercício interdisciplinar a favor do cuidado integral em saúde, racionalizando o acesso e o uso de recursos especializados e estimulando uma clínica ampliada sustentada por um pacto de corresponsabilização sanitária (CAMPOS, 1999).

No campo da SM e segundo análise de Dimenstein *et al.* (2009), o AMSM foi adotado a partir da constatação de que a reforma psiquiátrica não poderia avançar se a AB não fosse incorporada ao processo.

Reforçando a importância da estratégia, o AM foi também encampado pela Política Nacional de Humanização (PNH)-HumanizaSUS, do MS. Aposta-se que sua capacidade de

específicos. Nesta pesquisa, referiremo-nos, principalmente, aos dois primeiros sentidos, muito embora percebamos que eles podem se interpor.

¹¹A expressão “estratégia matricial” será usada como sinônimo de “apoio matricial”, considerando-se o fato de que a metodologia também é uma estratégia de gestão do cuidado.

transversalizar os sujeitos envolvidos na linha do cuidado contribua para democratizar a gestão e, conseqüentemente, implementar a humanização no SUS (BRASIL, 2009b).

Entretanto, a incorporação do AMSM por políticas oficiais da área da saúde e sua exaltação como dispositivo produtor de mudanças da estrutura gerencial e assistencial dos serviços, que estimula o compromisso das equipes a favor da produção de saúde (CAMPOS, 1998; 1999), não garante a apropriação da estratégia pelos trabalhadores da saúde. Como advertem Bezerra e Dimenstein (2008, p. 640): “[...] a construção [...] dos atores necessários à construção do SUS não está plenamente contida na institucionalidade já produzida e consolidada no sistema” e para que se possa realizar o matriciamento em saúde mental, “[...] é importante que os profissionais se comprometam e se vejam como atores sociais, seja das práticas, seja das próprias políticas”. Em outras palavras, não se faz apoio para os outros, pelos outros ou apesar dos outros.

Para Cecílio (2007, p. 346), o trabalhador da saúde não pode ser tomado como um “trabalhador moral”,¹² “[...] desistorizado, desterritorializado e pronto a orientar, de forma automática, sua prática pelas diretrizes definidas pelos dirigentes das organizações”. Eles não são trabalhadores “ [...] ‘moralmente comprometidos’ com determinados projetos, na medida em que justos e necessários na avaliação de quem os formula” (CECÍLIO, 2007, p. 346).

Se na literatura são raros os estudos que abordam a implementação dos cuidados em SM na AB, tal como advertem Nunes *et al.* (2007) e Delfini *et al.* (2009), consideramos também raras as pesquisas sobre a relação dos trabalhadores da Estratégia da Saúde da Família e apoiadores com o AMSM. Segundo Onocko-Campos *et al.* (2012), faltam dados na literatura que abordem as impressões e sentimentos das equipes e usuários sobre estratégias inovadoras na APS, como é o caso do AMSM. Esperamos, assim, que esta pesquisa também possa contribuir para preencher algumas lacunas sobre o tema – assunto relativamente recente no cenário da Saúde Coletiva –, além de colaborar para a aproximação da Academia em relação ao cotidiano do SUS. Almejamos ainda que, em seu “valor de uso”¹³, ela permita que

¹² Segundo Cecílio (2007, p. 345) “o trabalhador moral é aquele que fará adesão automática a determinados conceitos, modos de se organizar o cuidado e modos de se fazer a gestão, formulados por militantes/intelectuais/gestores engajados na reforma sanitária, por serem eles, em princípio, justos e necessários”.

¹³ Tal como postulado por Campos (2005b), que amplia o conceito marxista de valor de uso, aplicando-o ao resultado do trabalho em geral e não apenas aos casos em que o produto se transforma em mercadoria: “Todo bem ou serviço produzido, quer seja no mercado, quer em sistemas públicos, tem um valor de uso, uma capacidade potencial de atender a necessidades sociais, uma utilidade socialmente construída (resultante de disputas e da cristalização de determinada correlação de forças)” (CAMPOS, 2005b, p. 236).

trabalhadores da ESF, apoiadores e gestores envolvidos com a política pública¹⁴ do AMSM possam não só potencializá-la, quanto se potencializarem como sujeitos coprodutores de saúde.

Considerando a necessidade de aprofundamento teórico para melhor sustentar nosso recorte de pesquisa, apresentamos, no próximo capítulo, uma revisão da literatura – sobre o tema do AMSM e sobre o conceito de implicação, à luz da AI de René Lourau –, a qual vai fundamentar nossa tarefa. Com isso, o problema de pesquisa será retomado, sob a forma de perguntas, ao final do próximo capítulo.

¹⁴ Tomamos a estratégia matricial como política pública, uma vez que ela envolve os modos de fazer, de trabalhar e de produzir no campo da saúde, realizando a passagem da política de governo para a política pública (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

2 REVISÃO DA LITERATURA E PROBLEMA DE PESQUISA

Fizemos um levantamento bibliográfico exploratório da literatura especializada, incluindo documentos oficiais do Ministério da Saúde. Essa revisão nos serviu de base para a pesquisa de campo e, posteriormente, para a discussão dos dados. Mesmo depois da coleta de dados, prosseguimos revisando as produções sobre saúde mental na Atenção Primária, com ênfase na estratégia do AMSM.

Considerando que nosso interesse pelo apoio matricial está atrelado a um contexto nacional – ele é concebido como organizador das ações de saúde mental na Atenção Básica (BRASIL, 2004a) e também ferramenta indispensável para a humanização da atenção e gestão em saúde pela Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS (BRASIL, 2004b) –, limitamos a revisão bibliográfica do tema a livros e periódicos brasileiros, a fim de aprofundarmos o conhecimento sobre essa articulação no panorama das nossas políticas públicas.¹⁵

2.1 Apoio matricial em saúde mental como organizador das ações de saúde mental na Atenção Primária à Saúde

2.1.1 Reforma psiquiátrica e saúde mental na Atenção Primária à Saúde

No Brasil, o movimento de Reforma Psiquiátrica iniciou-se no bojo da Reforma Sanitária, com princípios comuns para a reorientação do modelo de atenção, como a territorialização, a noção ampliada do processo de saúde-doença, a integralidade e a interdisciplinaridade, além de outros (NUNES *et al.*, 2007). O início do movimento, ao final da década de 1970, foi influenciado por movimentos semelhantes em outros países e pela

¹⁵Na literatura internacional, identificamos que, no âmbito da APS, o arranjo matricial se aplica mais ao contexto brasileiro, apesar da descrição de experiências matriciais no “programa de família” no Chile, por Hidalgo *et al.* (1997). Já no âmbito hospitalar, encontramos artigos como os de Newman e Boissoneau (1987); Walton *et al.* (1993) e Wollenburg (2001). Cumpre ressaltar, ainda, o artigo de Novaes (1982), assessor regional em Educação em Administração de Saúde da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) à época, sobre o critério matricial para a reorganização do setor saúde. Essas referências, entretanto, não aparecem em Campos (1988; 1999), propositor do arranjo matricial na literatura brasileira.

conjuntura da redemocratização. Além da reforma no plano assistencial, que prevê a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial, o movimento passou a almejar uma mudança na lógica de abordagem do chamado “louco”, defendendo sua cidadania e questionando a incapacidade e a periculosidade frequentemente associadas a ele.

A Conferência Regional para Reestruturação da Atenção Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990, foi o marco a partir do qual se iniciou o processo de maiores transformações no campo da saúde mental (AMARANTE, 1995). A Declaração de Caracas, documento elaborado ao final do evento, passou a inspirar a melhoria da saúde mental das populações nos países da América Latina e Caribe, propondo uma saúde mental mais atenta às necessidades e aos direitos das pessoas e mais integrada à comunidade e ao sistema geral de saúde (BRASIL, 2010). Os objetivos com esse documento, influenciado pelos movimentos da Atenção Primária e da Saúde Comunitária, ecoam na Lei n. 10.216/2001 (BRASIL, 2001), que redireciona o modelo de assistência à saúde mental no Brasil e prevê a reforma assistencial mencionada acima.

Considerando os pontos de confluência entre a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária, destacamos o potencial da APS para ações de saúde mental inscritas no território. Como dito, em razão de sua proximidade com famílias e comunidades, estima-se que grande parte das pessoas com transtornos mentais esteja sendo atendida nesse âmbito, o que a torna fundamental na rede articulada do cuidado em saúde mental (BRASIL, 2004a). No cenário da APS, adquire grande importância o Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994, o qual passou a ser considerado “estratégia prioritária para a reorganização dos cuidados na Atenção Básica” (BRASIL, 2006a, p. 1).¹⁶ Dimenstein *et al.* (2009, p. 65) avaliam seu caráter estratégico e defendem que a saúde mental deve ser entendida como campo prioritário também para as ESFs, pois elas

[...] têm a potencialidade de: atuar não só na unidade, mas no espaço social onde a comunidade vive e circula; estabelecer vínculos de compromisso e corresponsabilidade com a população; trabalhar norteados por uma perspectiva ampliada sobre os modos de vida, de saúde e de doença articulada ao contexto familiar e cultural; intervir 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

¹⁶ Por essa razão, preferiremos utilizar a terminologia *Estratégia de Saúde da Família* (ESF) em vez de *Programa de Saúde da Família* (PSF), à exceção de casos em que forem citados autores que utilizam o termo PSF.

interferir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade.

Segundo Figueiredo e Onocko Campos (2008) e Dimenstein *et al.* (2009), a inserção da saúde mental na APS faz-se necessária para o avanço da própria Reforma Psiquiátrica. A ressonância dessa afirmação encontra-se no fato de que 70% dos municípios brasileiros têm menos de 20 mil habitantes, não preenchendo critérios populacionais que justifiquem, em sua rede assistencial, dispositivos cruciais da política de saúde mental como os CAPSs. Por esse motivo, o MS vem construindo diretrizes e condições para que, em tais municípios, a rede de cuidados em saúde mental se estruture a partir da Atenção Básica, obedecendo ao modelo de redes de cuidado de base territorial e buscando o estabelecimento de vínculos e acolhimento (BRASIL, 2005).

As concepções e práticas de saúde, segundo o novo paradigma da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, ao adotarem o território como estratégia, fortalecem a ideia de que os serviços de saúde devem integrar a rede social das comunidades em que se inserem, assumindo a responsabilidade pela atenção à saúde nesse espaço e incorporando, na sua prática, o saber das pessoas que o constituem. Assim, a atitude terapêutica deve basear-se não na tutela, mas no contrato, no cuidado e no acolhimento (ROTELLI; MAURI, 1990 *apud* BRÊDA *et al.*, 2005).

É considerável a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais (BRASIL, 2008). Segundo dados de 2003 da Organização Mundial da Saúde (OMS), o percentual de pessoas com transtornos mentais que não recebem tratamento adequado, em países em desenvolvimento, chega a 90%, o que aponta o impacto dos agravos em saúde mental na população e, também, na atenção básica (LYRA, 2007). De acordo com estimativas internacionais e do Ministério da Saúde, 3% da população necessita de cuidados contínuos (transtornos mentais severos e persistentes) e mais de 9% precisam de atendimento eventual (transtornos menos graves) (BRASIL, 2004a). Além disso, os problemas de saúde mental ocupam cinco posições no *ranking* das dez principais causas de incapacidade no mundo, totalizando 12% da carga global de doenças, o que gera um custo substancial em termos de sofrimento, incapacidade e perda econômica (OMS, 2003).

Segundo Gama e Onocko Campos (2009), se as políticas públicas da área da SM conseguiram estruturar um modelo de atenção no que diz respeito aos usuários portadores de transtornos mentais severos, o mesmo não se pode dizer em relação à AB, cujo processo é ainda incipiente e necessita da ampliação das ações. Segundo os autores, o MS teria

começado a se preocupar com o enfrentamento da saúde mental na AB apenas em 2001. Ilustram a afirmativa com as seguintes iniciativas:

- março de 2001: Oficina de Trabalho para *Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica*;

- abril de 2002: Seminário Internacional sobre Saúde Mental na Atenção Básica;

- julho de 2003: Oficina de Saúde Mental no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva-ABRASCO, que tratou dos *desafios da integração da atenção em saúde mental com a rede básica*;

- novembro de 2003: edição de circular conjunta da Coordenação da Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, n. 01/03 (*Saúde Mental na Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários-Inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica*), documento que propõe o Apoio Matricial em Saúde Mental às Equipes de Atenção Básica.¹⁷

Nesse mesmo artigo, fruto de uma revisão bibliográfica exploratória sobre saúde mental na AB, Gama e Onocko Campos (2009) observam ainda que, embora a inclusão da saúde mental nos serviços de atenção básica seja uma necessidade, o grau de complexidade inerente dificulta a implementação de propostas. Somam-se a isso, outros aspectos dificultadores no que se refere à política pública incipiente para a área. Tal contexto revela, segundo os autores, uma grande distância entre as propostas e a realidade dos serviços. Apesar disso, identificam dispositivos que podem ser potencializadores de transformações, como o AMSM.

2.1.2 Apoio matricial como arranjo organizacional e metodologia

No campo da Saúde Coletiva, a ideia do apoio matricial consta em um artigo escrito por Campos (1998), o qual apresenta “dispositivos organizacionais originais” (novos ou reconceitualizados) como a Equipe de Referência e o Apoio Matricial. Nesse artigo, o autor introduz a “Gestão colegiada centrada em equipes de saúde” como um método para cogovernar instituições de saúde, apresentado-o como alternativa operacional de gestão para o Sistema Único de Saúde (SUS), em contraposição ao método taylorista. Os objetivos com o

¹⁷Consideraremos, portanto, o ano de 2003 como o marco da adoção do apoio matricial para organizar a saúde mental na AB, pelo Ministério da Saúde.

método proposto são a produção qualificada de saúde, a sobrevivência do sistema e a realização dos trabalhadores. Nesse contexto, é prevista a Supervisão Matricial para “Unidades de Produção”, cada qual reunindo um coordenador e uma equipe multiprofissional envolvida com um mesmo tipo de trabalho, em contraposição ao modelo de departamentos e seções recortadas segundo as profissões associado ao método taylorista. Nesse novo contorno das práticas, cada paciente teria seu profissional de referência, o qual seria apoiado pelos demais trabalhadores articulados em movimentos matriciais, como nas interconsultas, por exemplo. Os trabalhadores operariam, assim, um princípio de funcionamento ao mesmo tempo democrático e também produtor de responsabilidades muito bem definidas.

Em um segundo artigo, Campos (1999) reelabora o conceito de organização matricial do trabalho, baseado na experiência e na crítica de algumas equipes de trabalhadores sobre os conceitos e tecnologias derivadas da metodologia organizacional proposta anteriormente por ele. Postula, então, um novo arranjo organizacional para o trabalho em saúde, denominando-o “equipes de referência e apoio especializado matricial”, que se sustenta nas diretrizes de vínculo terapêutico, transdisciplinaridade do saber e das práticas e gestão das organizações como dispositivo para produção de grupos de sujeitos. O autor aposta que o arranjo pode ser capaz de produzir alterações na subjetividade e cultura dominante entre o pessoal de saúde.

Na sua reelaboração do conceito de organização matricial do trabalho, o autor promove uma inversão em relação ao esquema original quanto ao que seria permanente e ao que seria transitório nos serviços de saúde. Para isso, reivindica que as equipes de referência não sejam espaços eventuais de integração horizontal, mas estruturas permanentes e nucleares dos serviços de saúde, deixando o eixo horizontal para configurar a sustentação das organizações de saúde em seu eixo vertical, segundo diretrizes do vínculo terapêutico com o usuário. No eixo horizontal, a linha de apoio matricial seria composta por profissionais distintos, cujo cardápio de ofertas e indicações seria conhecido pelo conjunto de trabalhadores. A intenção seria facilitar a composição interdisciplinar dos projetos terapêuticos individuais sem desestimular a responsabilidade sobre os casos.

Alguns anos mais tarde, Campos e Domitti (2007) defendem que as equipes de referência e apoio matricial – então adotados pelo Ministério da Saúde para a Saúde Mental, Atenção Básica/Saúde da Família e HumanizaSUS – se definam tanto como arranjo organizacional quanto como metodologia de trabalho. Supomos que a assunção da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde por Campos, entre 2003 e 2005, tenha sido estratégica para a adoção desse arranjo no cenário nacional.

Segundo Campos e Domitti (2007), há três planos fundamentais nos quais se podem desenvolver tal arranjo, do ponto de vista prático: troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador; atendimentos e intervenções conjuntas entre profissional de referência e apoiador; e atendimentos ou intervenções complementares especializadas do próprio apoiador. De comum entre tais estratégias estaria o princípio de que a equipe de referência permanece responsável pela condução dos casos, mesmo quando algum tipo de apoio especializado se faz necessário (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Nesse cenário, o apoio matricial se incumbe de oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, fundado no pressuposto de que nenhum especialista, isoladamente, pode assegurar uma abordagem integral.

O termo “apoio”, retirado do método Paideia,¹⁸ é tomado como indicativo para se operar a relação horizontal entre os sujeitos com saberes, valores e papéis distintos, baseada em procedimentos dialógicos, e não na autoridade (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p.402). Na mesma direção, o uso do termo “matricial” remonta sua origem latina e seu uso na Matemática:

[...] por um lado, em sua origem latina, significa o lugar onde se geram e se criam coisas; por outro, foi utilizado para indicar um conjunto de números que guardam relação entre si quer os analisemos na vertical, na horizontal ou em linhas transversais. Pois bem, o emprego desse nome – matricial – indica essa possibilidade, a de sugerir que profissionais de referência e especialistas mantenham uma relação horizontal e não vertical, como recomenda a tradição dos sistemas de saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 402).

Dessa forma, espera-se que a ESF, sendo a responsável pelo usuário, não o encaminhe, desresponsabilizando-se por ele, mas peça “apoio”. Os apoiadores passam a ter, então, dois “usuários” sob sua responsabilidade: os usuários do serviço para o qual ele é referência e o “próprio serviço” (BRASIL, 2004b). Por conseguinte, ambas as equipes têm responsabilidade com o usuário, estimulando a corresponsabilização.

O apoio matricial, além de ser um arranjo e uma metodologia de trabalho, também é considerado uma tecnologia em saúde, como veremos a seguir.

¹⁸ Campos (2005b, p. 234) define o Método Paideia como um “método crítico à Racionalidade Gerencial Hegemônica e que propõe uma reconstrução operacional dos modos para fazer-se a cogestão de instituições e para a constituição de Sujeitos com capacidade de análise e de intervenção” (CAMPOS 2005b, p. 234).

2.1.3 Apoio matricial como tecnologia em saúde

Merhy (2007a) tem uma compreensão particular sobre o tema da tecnologia em saúde. Tomando por eixo norteador o trabalho vivo em ato, força que opera em processo e em relações, o autor propõe três tipos de classificação das tecnologias envolvidas no trabalho em saúde: **Tecnologia leve**: tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento e gestão como uma forma de governar processos de trabalho; **Tecnologia leve-dura**: saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo; **Tecnologia dura**: equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais (MERHY *et al.*, 2007b).

Merhy (2007a) considera que a tecnologia leve é produtora de *relações interseçoras*, como no caso do acolhimento e do vínculo. Por *interseçor* designa o que se produz nas relações entre sujeitos, no espaço das suas interseções, produto que existe para os “dois” em ato e não tem existência sem o momento da relação em processo.

Analisando o apoio matricial segundo a caracterização tecnológica de Merhy (2007b), Penido *et al.* (2010) concluem que o apoio matricial, como tecnologia em saúde, é constituído de forma híbrida (combinação de tecnologia leve e leve-dura) e transversal.

Como tecnologia leve, pode contribuir para a potencialização da autonomia dos sujeitos no processo de produção da saúde, exigindo a emergência do que Merhy (2007a) chama de *relações interseçoras*, as quais possibilitam o lugar do novo e das possibilidades de intervenção. Além disso, a concepção do apoio matricial como arranjo organizacional e metodologia de trabalho (CAMPOS; DOMITTI, 2007) reforça a aposta na gestão como forma de governar processos de trabalho, característica da tecnologia leve.

Entretanto, Penido *et al.* (2010) ainda lembram que o conceito de apoio matricial se construiu com base em ampla teorização, seja como arranjo de gestão, seja como metodologia (CAMPOS; DOMITTI, 2007), constituindo-se, dessa forma, um saber referencial para operar as práticas de apoio especializado às equipes de saúde da família (BRASIL, 2004a), o que pode aproximá-lo de uma tecnologia leve-dura. Soma-se a isso o fato de que a metodologia matricial recorre frequentemente ao uso de saberes instituídos no apoio às equipes de referência, servindo-se de conhecimentos da epidemiologia ou da clínica psicanalítica, por exemplo.

Penido *et al.* (2010) interrogam, ainda, se o apoio matricial também não poderia ser considerado uma tecnologia dura, entendido como parte de uma estrutura organizacional, e concluem que ele se traduz em uma combinação variada de recursos que altera o funcionamento organizacional, mas que não faz parte da estrutura das organizações, introduzindo-se apenas com o objetivo de instaurar algum processo novo, como defendido por Campos (1999). Lembram, entretanto, que Campos (1999) critica a adoção de dispositivos matriciais provisórios, que não se traduzem em alterações da estrutura organizacional permanente de saúde, e se perguntam: “Como poderia o apoio matricial conservar sua dimensão inovadora ao se tornar um recurso permanente?” (PENIDO *et al.*, 2010, p. 473). Concluem que o caráter transversal do dispositivo opera uma resistência à sua captura total pela tecnologia dura da estrutura organizacional, favorecendo a troca de informações e a ampliação do compromisso dos profissionais com a produção de saúde, (BRASIL, 2004b) e deflagrando efeitos transversais inventivos e libertários, como se observa na aceção de dispositivo retomada por Barembliitt (1996).

Apesar de o arranjo matricial poder ser utilizado em diversas áreas, há na literatura um predomínio de artigos relacionados à sua adoção na área da saúde mental, contexto no qual se insere nossa pesquisa e o qual abordaremos a seguir.

2.1.4 Apoio matricial em saúde mental

De acordo com Lopes *et al.* (2010), o VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, promovido pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), em julho de 2003, foi um marco de incorporação da proposta do apoio matricial pelo MS. Com a participação da coordenação geral de saúde mental, segundo as autoras, foram realizadas oficinas das quais resultaram subsídios para a organização das ações de saúde mental na atenção básica.¹⁹

Pensando na realidade dos municípios com menos de 20 mil habitantes, o MS propôs que pequenas equipes de saúde mental, lotadas em ambulatórios (ou CAPSs de municípios vizinhos), por exemplo, passassem a dar apoio matricial às equipes de Atenção Básica

¹⁹A experimentação do arranjo matricial, entretanto, já havia sido inaugurada no município de Campinas (SP), em 2001, com a implantação do programa *Paidéia Saúde da Família* – uma adaptação local do PSF, segundo Figueiredo e Onocko Campos (2009).

(BRASIL, 2005). No caso de municípios maiores, que contam com CAPSs ou outros equipamentos da rede de atenção à saúde mental, a lógica do apoio matricial é a mesma: a equipe do CAPS, juntamente com profissionais dos outros equipamentos, apoiam as diferentes equipes de AB, por meio de ações de supervisão, atendimento conjunto e específico, bem como capacitação (BRASIL, 2005).

Para Chiaverini *et al.* (2011, p. 215), a lógica matricial se apresenta como *resposta possível e efetiva* diante do despreparo dos profissionais das ESFs para o cuidado em saúde mental e do receio de se responsabilizarem sanitariamente pelas pessoas com transtornos mentais – dado também o estigma a elas associado.

Segundo Nascimento (2007), o apoio matricial é potencializador da desinstitucionalização e contribui para evitar internações arbitrárias, indo ao encontro das diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Silveira (2009, p. 100) confirma que “as possibilidades de o usuário ser atendido na perspectiva de um cuidado integral na rede de serviços vêm sendo ampliadas, instituindo uma noção de corresponsabilização”, com a implantação do AMSM.

Em avaliação sobre limites e potencialidades da prática de apoio especializado matricial implantada no atendimento de saúde mental na rede de atenção básica de Campinas (SP), Domitti (2006) observa que o apoio matricial é uma metodologia em consolidação, apesar do seu grande potencial em provocar modificações na organização dos serviços e na própria estrutura do sistema de saúde. De forma geral, identifica que os trabalhadores da ESF têm enfrentado o desafio de se apropriarem das questões relacionadas a problemas de saúde mental de forma compartilhada, o que resulta em atendimento integral do usuário por diferentes profissionais. Para a autora, a metodologia matricial afirma-se como prática de clínica ampliada, em consonância com a proposta de integralidade.

Lopes *et al.* (2010) localizam a motivação para o surgimento do AMSM para além do âmbito da APS propriamente dita. Segundo elas, o apoio matricial teria surgido para “desafogar” os CAPSs, aproximando-se da AB por meio de relações interpessoais horizontalizadas, o que contribuiria, em última instância, para melhorar a qualidade da assistência, reorientando a demanda para a saúde mental. As autoras observam, empiricamente, que a superlotação dos CAPSs se faz por casos considerados leves, os quais poderiam ser direcionados para as ESFs.

Entretanto, identificamos na literatura, vários limites, desafios ou dificuldades em relação à estratégia matricial. Em Natal (RN), Bezerra e Dimenstein (2008) observam inexistência de uma rede básica de atenção eficaz, deficiência de suporte dos serviços

existentes e número insuficiente de profissionais como dificultadores em relação à proposta de implantação do apoio matricial.

Em outro artigo, Dimenstein *et al.* (2009) ponderam que a lógica capitalista, o individualismo, a competitividade e a segregação se contrapõem à lógica do trabalho em equipe, à corresponsabilização e à escuta qualificada. Lembram que existe, ainda, uma resistência às mudanças de práticas, que pode ser verificada tanto da parte dos profissionais da atenção básica quanto da parte dos especialistas. Entretanto, nesse mesmo artigo, que é baseado em entrevistas com médicos e dentistas que recebem o apoio matricial em saúde mental em Natal (RN), os autores constataam um problema que parece anterior aos já mencionados, qual seja o de não haver clareza, entre os profissionais, sobre o que é a proposta do apoio matricial. Esses autores chamam a atenção para as muitas incertezas e expectativas equivocadas por parte dos profissionais.

Em outro contexto, em pesquisa sobre a representação social de matriciamento com médicos e enfermeiros das ESFs de Fortaleza (CE), Lopes *et al.* (2010) identificam que o matriciamento é representado como oportunidade de aprendizagem para identificar e tratar casos de transtornos mentais. Ao mesmo tempo, as autoras detectam que a falta de conhecimentos específicos e a formação generalista ou de especialista em outras áreas que não a de saúde mental se apresentam como os maiores dificultadores na aceitação do AMSM pelos profissionais das UBSs. Isso, porém, não se expressa como entrave definitivo, desde que haja suporte adequado. Essa situação parece-nos ambígua, pois, embora os profissionais das ESFs vejam o apoio matricial como oportunidade de formação, a falta de formação na área parece servir para rejeitá-lo.

Nessa mesma vertente, Mourão (2009) observa, de forma empírica, a resistência dos profissionais de Saúde da Família em assumirem a corresponsabilização pelos casos clínicos, considerados até então como de exclusividade da Saúde Mental, classificando-a como um dos principais causadores de dificuldades para o desenvolvimento do trabalho de implantação do apoio matricial em saúde mental em Ribeirão das Neves, região metropolitana de Belo Horizonte (MG). A autora relata que os apoiadores matriciais encontraram equipes sobrecarregadas de tarefas e sufocadas pela demanda por consultas e atendimentos da clínica geral, o que colaborou para que a estratégia matricial fosse entendida como uma exigência de aumento de tarefas – achado corroborado por Sousa *et al.* (2011) – e para além das competências da ESF.

Delfini *et al.* (2009) apontam a crença inicial das ESFs de que o AM fosse resolver os problemas de saúde mental daquela área. Só com o tempo a ESF passou a valorizar seu conhecimento próprio e entender “que a construção conjunta das estratégias era fundamental para cuidar dos pacientes” (DELFINI *et al.* 2009, p. 1489).

Até 2008, um dos limites para a implantação da estratégia matricial era a falta de financiamento, o que mudou quando da criação do Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), como veremos a seguir.

2.1.5 Apoio matricial em saúde mental e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs)

O AMSM, apesar de ser considerado uma diretriz para a organização das ações de saúde mental na AB desde novembro de 2003 (GAMA; ONOCKO CAMPOS, 2009), passou a contar com a possibilidade de repasse de recursos federais apenas no início de 2008. Esse avanço se deu pela Portaria n. 154, de 28 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008), que instituiu o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), cujo objetivo é “ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade” (BRASIL, 2008, art.1º). Apesar de a portaria n.2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011), tê-la substituído, tais objetivos permaneceram como referência.

Como uma das diretrizes operacionais, propõe-se que os NASFs contem com uma equipe multiprofissional²⁰ que atuará junto com os profissionais das ESFs, apoiando-os por meio de práticas compartilhadas em saúde, nas áreas sob sua responsabilidade. Nesse processo, o Apoio Matricial é considerado uma das ferramentas tecnológicas para organizar e desenvolver o processo de trabalho do NASF, ao lado da Clínica Ampliada, do Projeto de Saúde no Território, do Projeto Terapêutico Singular e da Pactuação do Apoio (BRASIL, 2009a).

Mourão (2009) avalia que o risco de se desvirtuar a proposta matricial no contexto do NASF e de retroceder ao modelo ambulatorial é grande. Como antídoto, aponta a necessidade

²⁰ Pela Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011, o NASF pode ser composto pelas seguintes ocupações: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica); Médico do Trabalho; Médico Veterinário; profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas. (BRASIL, 2011)

de manter bem claros seus objetivos e missão, bem como estabelecer constante acompanhamento e avaliação da prática em questão.

Nascimento e Oliveira (2010, p. 94) destacam que o principal desafio do NASF é a

mudança de uma cultura organizacional no SUS, que historicamente vem priorizando a quantidade em detrimento da qualidade, o referenciamento em detrimento da resolubilidade na Atenção Básica e a avaliação de impacto e de indicadores de saúde por meio de ações meramente quantitativas, em detrimento das qualitativas.

Segundo as autoras, para enfrentar o desafio da mudança, defendem o desenvolvimento de competências como uma nova perspectiva para a formação de profissionais – a qual reconhecem ser ainda pautada pelo modelo biomédico –, para transformar os paradigmas orientadores da prática.

No mais, além de ter sido adotado pelas áreas da Saúde Mental e Atenção Básica/Saúde da Família do Ministério da Saúde, o arranjo do apoio matricial foi também incorporado pela Política Nacional de Humanização, como se verá adiante.

2.2 Apoio matricial em saúde mental no contexto da Política Nacional de Humanização (PNH)

O tema da humanização no campo da saúde, entendida como valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção da saúde, foi impulsionado pela Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão na saúde (PNH), conhecida como HumanizaSUS (BENEVIDES; PASSOS, 2005). A PNH foi formulada com base na sistematização de experiências do chamado “SUS que dá certo”, as quais o MS pretende aprimorar e multiplicar (BRASIL, 2009b). O objetivo com essa política é

provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, propondo para os diferentes coletivos/equipes implicados nestas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder (BRASIL, 2009b, p. 4).

A intenção subjacente a essa política é efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e de gestão, fortalecendo-os na expressão da política de saúde.

Alguns críticos apontam que a PNH nada mais é do que uma repetição da integralidade no escopo do SUS. Entretanto, Benevides e Passos (2005) esclarecem que um princípio como a integralidade não pode ser confundido com uma política tal qual o HumanizaSUS, cuja efetividade não se faz como proposta geral e abstrata. Em relação às demais ações e políticas de saúde, a PNH se efetivaria de forma transversal, combinando a atuação descentralizada dos diversos atores que compõem o SUS. Assim, se por um lado a proposta assume papel articulador que facilita e integra processos e ações das demais áreas, por outro, também assume um núcleo específico voltado especialmente para a política de humanização.

No âmbito da PNH, o apoio matricial é considerado um dispositivo que transversaliza os sujeitos envolvidos na linha do cuidado em saúde mental, o que contribui para democratizar a gestão e, conseqüentemente, implementar a humanização no SUS (BRASIL, 2009b). Nesse sentido, o apoio matricial é considerado importante ferramenta para ampliar a clínica, aumentar a corresponsabilização sanitária e os coeficientes de autonomia e fortalecer o vínculo com o usuário, o que abordaremos a seguir.

2.2.1 Apoio matricial e a aposta nas ampliações da clínica, corresponsabilização, autonomia e vínculo

Encontra-se no *Método Paideia* de Campos (2005a) a formulação do conceito de Clínica Ampliada, que foi adotado pelo MS.

Campos (2005) defende que a reforma da clínica moderna deve se assentar sobre um deslocamento de ênfase da doença para o Sujeito concreto, no caso, um Sujeito portador de alguma enfermidade, operando-se o que denomina de “Clínica do Sujeito”. O Sujeito referido por Campos é fundamentado em Basaglia, o qual optou pela estratégia de colocar a doença entre parênteses para evidenciar um Sujeito concreto, social e subjetivamente constituído. Campos amplia a ideia de Basaglia buscando nova dialética entre Sujeito e doença: nem a antidialética positivista da Medicina – que fica com as doenças, descartando-se de qualquer responsabilidade pela história dos Sujeitos concretos, nem a revolta do que considera o outro extremo – a doença entre parênteses. Ou seja: trata-se de uma clínica centrada nos Sujeitos, nas pessoas reais e na sua existência concreta, mas que também considera a doença como

parte dessa existência, pois, caso contrário, não haveria nenhuma especificidade dos serviços ou profissionais de saúde (CAMPOS, 2005).

Vem dessa constatação a necessidade do que Campos (2005) intitulou **clínica ampliada**, também referida por ele como “clínica do sujeito”. Seu objeto seria resultante de uma síntese dialética entre o sujeito e sua doença, resultando em uma ampliação do objeto de saber e intervenção da clínica.

Segundo esse autor, a clínica ampliada seria pensada em casos de enfermidades ou deficiências crônicas, de longa duração e, em geral, incuráveis:

Em geral, essas pessoas estariam quase sempre muito dependentes de algum tipo de apoio técnico (medicação, hormônios, insulina, reabilitação física, etc.), sujeitas a variação de humor em virtude de suas enfermidades que os inferiorizam em relação à média da espécie ou do contexto sociocultural (terapia individual, trabalho em grupo), e ainda mais expostas às dificuldades do contexto e que se beneficiariam de programas sociais específicos (cooperativas de trabalho, apoio educacional, viagens, habitações coletivas, etc.). Enfim, pessoas com qualquer dessas características se beneficiariam de uma Clínica reformulada e ampliada (CAMPOS, 2005, p. 57).

É preciso deixar claro que o termo *ampliada* não remete a uma desqualificação do conhecimento biomédico, mas à sua ressignificação em contexto diverso do hospital, mediante a constatação de que ele “é profundamente insuficiente, para não dizer danoso, quando utilizado de forma excludente, principalmente na Atenção Básica” (CUNHA, 2005, p.121). Nessa vertente, Domitti (2006) afirma que o cruzamento de diferentes núcleos de saberes, propiciado pelo apoio especializado matricial, é um fator ampliador das ações de saúde para além do conhecimento biomédico.

Entretanto, Capozzolo (1997) identificou a dificuldade de uma prática de clínica ampliada pelos médicos e enfermeiros da saúde da família em São Paulo (na época, chamado projeto *Qualis*), por se manterem voltados, fundamentalmente, para o diagnóstico e tratamento da doença. Apesar da presença de ACSs, das visitas domiciliares e do trabalho em equipe, o foco permanecia na doença e no corpo doente.

Embora todas as apostas feitas pelo MS em relação à ferramenta matricial, há poucas pesquisas em que se avaliam seus efeitos. Em uma delas, analisa-se a relação entre as formas de reorganização do processo de trabalho baseadas no AMSM e a ampliação da clínica na rede de atenção básica de Campinas (SP) (FIGUEIREDO; ONOCKO CAMPOS, 2009). As autoras reconheceram que a mudança da lógica de trabalho proposta pelo apoio matricial não é fácil de ser assumida pelas equipes e que não ocorre automaticamente. Apontam que tal

mudança deve ser trabalhada em espaços destinados à reflexão e análise crítica sobre o próprio trabalho. Entretanto, observaram que houve a incorporação da saúde mental no fazer das equipes de referência na atenção básica e a diversificação dos dispositivos terapêuticos.

Nesse mesmo sentido, alguns autores defendem o benefício da articulação entre AB e Saúde Mental para a ampliação da clínica dos próprios profissionais de saúde mental. Para Nunes *et al.* (2007, p. 2.381), a clínica ampliada impacta práticas conservadoras, provocando a percepção de que, “ [...] além de um sujeito do inconsciente, é preciso se tratar do ser de necessidades, muitas vezes situado em condições excludentes e de baixo poder de contratualidade” (NUNES *et al.*, 2007). Da mesma forma, Bezerra e Dimenstein (2008) destacam que conhecer os usuários, famílias e território a partir da Unidade Básica de Saúde (UBS), em contrato de responsabilidade sanitária mútua com a equipe de saúde da família, amplia o olhar dos profissionais da saúde mental.

Nesse sentido, o vínculo estabelecido entre profissionais, usuários e famílias se introduz de forma inequívoca como um alicerce tanto para a clínica ampliada quanto para a corresponsabilização sanitária, tornando-se um elemento estruturante da clínica, pois permite a produção de contrato de cuidado (BRASIL, 2009b). Para Franco *et al.* (1999), o vínculo deve ser concebido como uma das dimensões do acolhimento, considerado o baluarte humanizador. Nesse sentido, o vínculo se refere à dimensão relacional que envolve a interação entre pessoas, famílias, comunidade e profissionais de saúde (FRANCO *et al.*, 1999).

Figueiredo e Onocko Campos (2008) reforçam que o vínculo do profissional com o usuário estimula a responsabilização por ele, que passa a ter nome e história. Segundo as autoras, essa perspectiva faria aumentar a tendência de implicação da equipe e diminuir as respostas estereotipadas.

Campos (2007) chega a propor a organização do atendimento clínico segundo o princípio do Vínculo. Segundo ele, “a recuperação da prática clínica assentada no Vínculo é a maneira prática de se combinar autonomia e responsabilidade profissional” (CAMPOS, 2007, p. 235).

Faz-se, no entanto, necessário clarear a concepção de autonomia utilizada pelo autor, a qual, além de servir de parâmetro para a proposta matricial, aplica-se às práticas da clínica, da Saúde Coletiva e da gestão (ONOCKO CAMPOS; CAMPOS, 2006) e se faz presente desde os seus primeiros escritos sobre o tema:

Liberdade e autonomia também não existem em absoluto, ao contrário do que afirma o pensamento idealista. Liberdade e autonomia de Sujeitos concretos somente existem em coeficientes, ou em cotas. Não há liberdade ou autonomia total (CAMPOS, 1998, p. 868).

Em outra ocasião, o autor reforça como poderíamos identificar a autonomia de uma pessoa ou Coletivo: “pela capacidade de análise e de intervenção sobre as relações que se estabelecem entre as limitações impostas pelo contexto e pelas características próprias de cada Sujeito” (CAMPOS, 2005b, p. 231).

Na coprodução de Sujeitos autônomos, Campos (2005b) propõe o Método da Roda ou Método Paideia para que haja análise e cogestão de coletivos, em que todos participam. Nesse cenário, a autonomia, considerada uma das finalidades da política, da gestão e do trabalho em saúde, é exercitada na “capacidade dos sujeitos de lidar com sua rede de dependências” (ONOCKO CAMPOS; CAMPOS, 2006, p. 670), sejam os sujeitos trabalhadores, sejam usuários. Nessa perspectiva, a autonomia se impõe, ao mesmo tempo, como um alvo almejado – para trabalhadores e usuários – e um meio para as intervenções pautadas pela corresponsabilização (ONOCKO CAMPOS; CAMPOS, 2006).

Em revisão de marcos da sociologia médica norte-americana da década de 1970, Deslandes (2006) mostra que o pressuposto da igualdade dos sujeitos é o que possibilita um compartilhamento de decisões e responsabilidades (HOWARD, 1975 *apud* DESLANDES, 2006). Por isso, uma importante tarefa da humanização diz respeito à ultrapassagem das fronteiras muitas vezes rígidas dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção de saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005) nas equipes cuidadoras, rompendo com a possível visão de alguns profissionais de saúde mental de que a estratégia do Apoio Matricial é ameaçadora de suas jurisdições profissionais.²¹

Referenciando-se ao processo de formação dos profissionais da APS para o cuidado em SM, Nunes *et al.* (2007, p. 2.381) lembram que

isso não implica exigir dos mesmos a substituição dos especialistas, tendo em conta o seu escopo de ação universalista e generalista, mas em muni-los com recursos capazes de torná-los reais colaboradores, artífices atuando em outro ponto da rede, em outro nível de complexidade.

Finalmente, é preciso lembrar que nesse contexto de mudanças dos processos de produção de saúde considera-se a necessidade de mudanças nos processos de subjetivação,

²¹ Segundo Abbott (1988), teórico da Sociologia das Profissões, a jurisdição profissional se refere ao laço entre o grupo profissional e a área de conhecimento sob seu controle. Sobre a disputa de jurisdições profissionais na área da Saúde Mental, conferir Penido (2002).

isto é, os princípios do SUS só se encarnam na experiência concreta com base em sujeitos concretos que se transformam em sintonia com a transformação das próprias práticas de saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005). No que se refere ao apoio matricial, pelo menos, Figueiredo e Onocko Campos (2008) já advertiram que a mudança da lógica de trabalho proposta não é fácil de ser assumida pelas equipes e não ocorre automaticamente.

Nesse sentido, o conceito de implicação de René Lourau pode ser uma ferramenta importante para se pensar a relação que os atores assumem com as novas lógicas de trabalho propostas, como o AMSM.

2.3 O conceito de implicação, à luz da Análise Institucional de René Lourau

Segundo L'Abbate (2003, p. 266), a expressão “Análise Institucional” não tem um sentido único, tendo se constituído por meio de “...um conjunto de disciplinas e movimentos que ocorreram na sociedade francesa, a partir dos anos 40 e 50”. O movimento institucionalista francês, de acordo com Rodrigues (1993 *apud* L'ABBATE, 2003), é dividido em duas grandes correntes: a análise institucional/socioanálise,²² de René Lourau e Georges Lapassade, e a esquizoanálise, de Félix Guattari e Gilles Deleuze.

Para esta pesquisa, interessa-nos a Análise Institucional de René Lourau, pelo que pode lançar de luz sobre a relação dos apoiadores e trabalhadores das ESFs com o AMSM, sob o prisma de um conceito muito trabalhado por ele: a implicação. Antes de nos determos nesse conceito e por considerarmos o AMSM uma instituição no cenário das políticas públicas no Brasil e em Santa Luzia, faz-se importante retomar o conceito de instituição.

Para Lourau (2004c, p. 71),²³

primeiro, as instituições são normas. Mas elas incluem também a maneira como os indivíduos concordam, ou não, em participar dessas mesmas normas. As relações sociais reais, bem como as normas sociais, fazem parte do conceito de instituição. Seu conteúdo é formado pela articulação entre a ação histórica de indivíduos, grupos, coletividades, por um lado, e as normas sociais já existentes, por outro.

²² De acordo com Hess (2004), a Socioanálise é o método da Análise Institucional em situação de intervenção.

²³ A maior parte da obra de René Lourau não tem tradução para o português. Quando existente, demos-lhe preferência no uso em citações. Quando não, utilizamos as fontes em francês, as quais citamos em nota de rodapé, integrando a tradução feita por nós no corpo do texto.

Segundo, a instituição não é um nível da organização social (regras, leis) que atua a partir do exterior para regular a vida dos grupos ou as condutas dos indivíduos; atravessa todos os níveis dos conjuntos humanos e faz parte da estrutura simbólica do grupo, do indivíduo.

Logo, pertence a todos os níveis da análise: no nível individual, no da organização (hospital, escola, sindicato), no grupo informal bem como no formal, encontramos a dimensão da instituição.

A instituição é, portanto, uma instância que atravessa e funde outras instâncias como a da organização, a do grupo e a da relação, caracterizando-se por sua *transversalidade*.²⁴ Nesse cenário, os indivíduos, por meio de sua práxis, tanto mantêm as instituições quanto criam outras, que Lourau (2004c, p. 68) chama de *instituintes*.

De fato, uma instituição aparece na teia social quando há conflitos e necessidades explicitadas por indivíduos ou grupos que, para agenciá-los, são levados a criá-la. Os conflitos e as necessidades estarão intrinsecamente contidos na nova instituição. Isso afasta a ideia de que uma instituição é fixa e estável. Os conflitos e as necessidades existirão sempre, e a instituição resultará sempre da luta entre o(s) instituído(s) e o(s) instituinte(s), estando, portanto, em constante reinstitucionalização. Ao se criar uma instituição, os instituintes se tornam os instituídos desta. Nessa instituição, haverá, no início, esse núcleo de instituintes (que se tornaram, rapidamente, instituídos e farão de tudo para fazer valer suas ideias, concentrando o poder neles). Porém, também rapidamente, novos questionamentos surgem, novos instituintes dessa instituição aparecem, e o ciclo continua na sociedade. Nenhuma instituição nasce querendo desaparecer logo, e é essa luta instituintes/instituídos que faz com que haja constante reinstitucionalização e, conseqüentemente, evolução e sobrevivência da instituição como uma rede de relações sociais (FREITAS, 1991).

A instituição é, pois, algo em movimento: ideias, pessoas, o velho e novo se movimentando, re/criando normas, rejeitando-as ou aceitando-as, no curso da história social (FREITAS, 1991).

Nessa perspectiva, é possível abordarmos uma instituição pelo que nos liga a ela, pelo que ela nos convoca, ou seja, a partir de nossa implicação. Tomando tal referencial, consideramos que problematizar a implicação dos apoiadores e trabalhadores da ESF colocará

²⁴ Segundo Rocha e Deusdará (2010, p. 58), “[...] a *transversalidade* é o conjunto dos pertencimentos do sujeito para além da organização considerada, por meio de cuja explicitação o sujeito logra questionar a relação de assujeitamento imposta pela instituição”. Os autores lembram ainda que outro modo de entrelaçamento na dinâmica das instituições é o *atravessamento*, caracterizado pela “interpenetração dos elementos a favor do instituído” (ROCHA; DEUSDARÁ, 2010, p. 57).

em análise a própria dimensão institucional do AMSM como dispositivo, tal como concebido por Lourau (1998-1999, p. 11)²⁵:

O dispositivo não é estrutural, mas operacional. No referencial imposto pelo estruturalismo, nós pensaremos também em matemática, nos operadores de funções por categoria ou transformadores da estrutura. A reflexão aqui desenvolvida tenta escapar a esta velha e sempre nova problemática. O dispositivo é, por hipótese, uma estrutura-ação ou, mais simplesmente, um evento produzido para organizar o porvir segundo um plano que, se não submetido aos constrangimentos do segredo institucional ou da clandestinidade, pode se mostrar, se analisar, se justificar.²⁶

O dispositivo traz, portanto, uma dimensão transformadora,²⁷ não sendo nem pura estrutura e nem puro ato, mas “um evento dentro de um evento” (LOURAU, 1998-1999, p. 12), como no caso do processo de pesquisa, um dos exemplos lembrados pelo autor.

Neste processo de pesquisa, como dispositivo, realizamos a intencionalidade de analisar a implicação de apoiadores e trabalhadores da ESF no AMSM e, transversalmente, da implicação da pesquisadora, análise concebida como meio de coletivizar a produção de conhecimento e a análise crítica de seu modo de produção (GUILLIER; SAMSON, 1997-1998).

Mas examinemos mais de perto o conceito de implicação, central para esta pesquisa e que foi oficialmente introduzido por Lourau (2004b), entre 1969-1970, como um dos elementos indispensáveis de um projeto teórico. Segundo Monceau (2008a),²⁸ o conceito começou a ser trabalhado em situações de intervenção (socioanálise) por Lourau e Lapassade, os quais acreditavam que ao provocar uma análise de implicação, poderia se realizar a análise da instituição. Embora a implicação seja um conceito cujo surgimento remonta às décadas de 1960 e 1970, no plano teórico ele sofreu mudanças ao longo do tempo e só na década de 1980 manifestou ligação mais orgânica com o paradigma “institucionalista”. Sua conflituosa filiação teórica aparece em uma retrospectiva histórica de Freitas (1991) e de Guillier (2002),

²⁵ Agradeço à Gilles Monceau a cessão de cópia deste manuscrito.

²⁶ *Le dispositif n'est pas structurel, mais opérationnel. Dans le cadre de référence imposé par le structuralisme, on pensera aussi, en mathématiques, aux foncteurs ou transformateurs de structure. La réflexion ici développée tente d'échapper à cette vieille et toujours jeune problématique. Le dispositif est, par hypothèse, une structure-action ou, plus simplement, un évènement produit en vue d'organiser l'avenir selon un plan qui, s'il n'est pas soumis aux contraintes du secret institutionnel ou de la clandestinité, peut s'afficher, s'analyser, se justifier* (LOURAU, 1988-1999, p.11, inédito).

²⁷ Lourau (1988-1999) lembra a afirmação de Deleuze de que o dispositivo é, ele mesmo, sujeito a transformação.

²⁸ Gilles Monceau, professor (Université de Cergy-Pontoise e Paris VIII) que me orientou no doutorado sanduíche em Paris, foi orientando de René Lourau e é um grande conhecedor de suas ideias, embora com percurso próprio, desenvolvido na área da Socioclínica Institucional.

que nos serão úteis para melhor demarcar o conceito de implicação tomado como referência para esta pesquisa e que resumimos a seguir.

Segundo Freitas (1991), a implicação aparece vinculada, em sua origem, ao conceito de contratransferência institucional (CTI), formulado por Castoriadis, que participou da fundação da corrente da Análise Institucional na Université de Paris VIII-Vincennes, no final da década de 1960, acompanhando os movimentos dos estudantes a partir de 1968.

De acordo com Guillier (2002), Lourau (1976) defendeu que o conceito de implicação substituiu os conceitos psicoterápicos da análise da transferência e contratransferência institucionais, utilizados por ele, juntamente com Castoriadis. Em 1996, entretanto, ele recomendou que tais conceitos não fossem justapostos (LOURAU, 1996). E, para finalizar, Lourau (1997) assumiu em *La clé des Champs: une introduction à l'analyse institutionnelle* que a teoria da implicação toma o lugar vazio deixado pela crítica radical de Lacan ao conceito de contratransferência (GUILLIER, 2002).

Lourau (1996, p. 14) assim define a **implicação** em um de seus últimos trabalhos:

A implicação não é cada vez mais claramente o objeto de análise das relações que nós mantemos com a *instituição* – e em primeiro lugar com a instituição de pertencimento mais próxima que torna possível nossa inserção nas situações sociais de intervenção, de formação, de pesquisa?²⁹

Se são várias as instituições que nos atravessam, várias são as implicações: econômica, ideológica, organizacional, material ou libidinal (MONCEAU, 2008a). Essa complexidade é inerente à implicação, sendo que em seu conceito estão articulados dados subjetivos e objetivos, sociológicos, tomando por base uma sociologia aberta que ultrapassa tanto o domínio do psicoafetivo e o uso das ferramentas da clínica freudiana quanto o domínio sociologista (LOURAU, 2004b).

Para efeito desta pesquisa, portanto, consideramos implicação a relação que os indivíduos desenvolvem com a instituição, seja ela o AMSM, seja a atividade científica em si, a qual demanda análise coletiva de suas condições (LOURAU, 2004b).

Monceau (2008a) lembra que somos todos tomados pela instituição e nela estamos implicados, independentemente de termos uma posição crítica, afastada ou qualquer outra. Nesse sentido, não temos a possibilidade de decidir não estarmos implicados na instituição.

²⁹ Do original: *L'implication n'est-elle pas de plus en plus clairement l'objet d'analyse des rapports que nous entretenons avec l'institution – et d'abord l'institution d'appartenance la plus proche qui rend possible notre insertion dans les situations sociales d'intervention, de formation, de recherche?* (LOURAU, 1996, p. 14).

Além disso, a modalidade de relação com a instituição tem efeitos, mesmo que não saibamos (MONCEAU, 2008a).

A gênese teórica do conceito de implicação, para Lourau (2004a), não oferece dificuldades insuperáveis. Para ele, o problema se localiza na gênese social do conceito, muitas vezes empregado fora de qualquer contexto teórico, compartilhando uma “nebulosa ideológica com palavras como compromisso, participação, investimento afetivo, motivação, etc.” (LOURAU, 2004a, p. 186) e colaborando para uma “inflação do implicacionismo” (LOURAU, 2004a, p. 187).³⁰ Percebendo algumas dessas inexatidões no uso do conceito implicação, Monceau (2008a) faz uma importante retificação. Para o autor, a implicação não pode ser tomada como sinônimo de engajamento ou envolvimento, uma vez que existe mesmo que não a desejemos. Ardoino (1991 *apud* SADA; SOLIVERES, 1997-1998, p. 102) expande tal compreensão:

O engajamento é ele mesmo explicitamente voluntarista lá onde a implicação é sempre passivamente submissa... O engajamento cria a ilusão que nós não estávamos implicados antes de nos engajarmos. Visto sob este ângulo, ele se constituiria sobretudo em um disfarce de implicações ao se tornar esta máscara voluntária que transformaria em ato intencional e inventado uma situação de fato à qual não lhe era possível fugir.³¹

Tratar-se-ia, portanto, segundo Monceau (2008a), de analisar mais o modo de implicação – sempre existente – do que a sua existência ou quantidade –, visto não poder ser medida.

Lourau (2004a, p. 190) traz um exemplo que tomamos como muito elucidativo sobre o conceito e sua operacionalidade:

Um cidadão que participa de quinze associações e vota regularmente não está mais ‘implicado’ nem ‘se implica’ mais do que o que somente faz parte de suas associações e jamais vai depositar seu voto nas urnas. A respeito do primeiro, podemos dizer que é mais participativo, mais comprometido. Contudo, as implicações do não participacionista não são menos fortes do que a do participacionista. Ambas devem ser analisadas.

³⁰ Lourau (2004a) não considera a substituição do termo *implicação* uma boa resposta ao problema, uma vez que a deriva do conceito, para ele, era parte do trabalho do conceito.

³¹ Do original: *L’engagement est, lui, explicitement volontariste là où l’implication est toujours subie passivement... L’engagement crée l’illusion qu’on n’était pas impliqué avant de s’engager. Vu sous cet angle, il constituerait plutôt un ‘cache’ des implications en devenant ce masque volontaire qui transformerait en acte intentionnel et inventé une situation de fait à laquelle il n’était pas possible d’échapper* (ARDOINO, 1991 *apud* SADA; SOLIVERES, 1997-1998, p. 102).

Entretanto, há dificuldades na análise da implicação. Isso ocorre, segundo Guigou (1987 *apud* LOURAU, 2004a, p. 191) nos casos da chamada sobreimplicação – “deriva do conceito de implicação, relacionada à subjetividade-mercadoria”. Segundo o autor,

a sobreimplicação é o *plus*, o ponto suplementar que o docente atribui ao trabalho do aluno se encontra esmero em seus cadernos (foi assim que minha filha trouxe para casa, triunfalmente, um 21 sobre 20 em matemática, matéria em que ela já brilhava). A sobreimplicação é composta igualmente de virtudes exigidas dos empregados, hierarquizadas em grades de avaliação (LOURAU, 2004a, p. 192).

Lourau (2004a, p. 189) lembra que a forma pronominal e reflexiva do verbo implicar (mais especificamente o imperativo *implique-se!*) designa, principalmente, “[...] o sobretrabalho exigido por uma produção de uma mais-valia ou rentabilidade suplementar”. Também por derivação, apontamos, portanto, que a sobreimplicação se nutre desse *plus* identificado no sobretrabalho, na produção da mais valia ou na rentabilidade suplementar.

O conceito de sobreimplicação, e a necessidade de vigilância quanto aos seus efeitos, exige que lhe seja dado um foco privilegiado nesta pesquisa, considerando minha já anunciada militância na Saúde Coletiva, associada à minha crença de que estratégia matricial é um dispositivo potencializador da gestão democrática do processo de trabalho e do cuidado em saúde mental para as ESFs. Assim, a militância deve ser incluída no campo de interferências (LOURAU, 1997b), sendo ligada a outras tantas interferências – não todas, dada seu caráter inesgotável – para a interpretação dos fatos, ideias e subjetividades envolvidas na institucionalização do AMSM, permitindo compreender melhor a tessitura dessa rede posta em análise pela implicação dos atores. Assim, considerando com Guigou (1987, *apud* LOURAU, 2004a) que a sobreimplicação dificulta a análise da implicação, aumento minha expectativa para que o coletivo pesquisador, já apresentado na introdução desta pesquisa, cumpra seu papel de problematizar a análise da implicação dos atores, inclusive a minha.

Sem subestimar a perspicácia do coletivo e fazendo valer a análise de condições desta pesquisa, é preciso estar ciente das consequências que o convite que ora endereço pode gerar nos atores convocados, a fim de que uma possível e insidiosa tendência à sobreimplicação não lhes impeça a análise, seja da minha implicação, seja deles próprios. Concordo com Lourau (2004a) que o “nós” está carregado de uma encomenda de sobreimplicação. A todos nós, portanto, a tarefa da análise coletiva das condições da pesquisa, à qual Lourau (2004b) se referiu como implicação.

Fazendo uma breve análise sobre a utilização da AI no campo da Saúde Coletiva, a partir de experiências investigativas em Campinas (SP), L'Abbate (2002, p. 62) considera que se trata de uma contribuição ao poder público, sobretudo aos "... sujeitos imbuídos do desejo de transformar os processos cotidianos das instituições." ³²

2.4 Retomando a construção do problema de pesquisa

Finalmente, considerando que o AMSM é recente no cenário da Saúde Coletiva no Brasil, questionamos: Como o AMSM está se institucionalizando? Como os trabalhadores das ESFs e apoiadores se relacionam com a instituição? E, conseqüentemente: Como é a implicação dos trabalhadores das ESFs e dos apoiadores no AMSM?

Partimos dos pressupostos³³ – baseados na literatura e na vivência da pesquisadora – de que, em Santa Luzia, os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família consideram o AMSM como um trabalho suplementar e gerador de sobrecarga (MOURÃO, 2009; SOUSA *et al.*, 2011) e, por esse motivo, os apoiadores o consideram uma tarefa árdua, embora instigante, graças à sua construção coletiva e cogestão.

³² Do original: [...] *sujets imbus du désir de transformer les processus quotidiens des institutions* (L'ABBATE, 2002, p. 62).

³³ Conforme retomado por Minayo (1998, p. 95), “[...] parâmetros básicos que permitem encaminhar a investigação empírica qualitativa, substituindo-se assim o termo Hipótese, com conotações muito formais da abordagem quantitativa.”

3 OBJETIVO GERAL

Analisar a implicação de apoiadores matriciais e trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família no Apoio Matricial em Saúde Mental em Santa Luzia (MG).

3.1 Objetivos específicos

a) Descrever a história de implementação do Apoio Matricial em Saúde Mental no município de Santa Luzia-MG e analisar sua fundação institucional;

b) Compreender as diferentes formas de implicação de apoiadores matriciais e trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família no Apoio Matricial em Saúde Mental.

4 ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

4.1 Análise da implicação da pesquisadora-gestora e notas sobre a escrita do texto

Nós, que fazemos a gestão, que ocupamos algum lugar de Governo ou conduzimos alguma ‘intervenção’ institucional, também não somos ‘folhas em branco’, não somos portadores de qualquer neutralidade axiológica. Interrogamos a partir de determinados lugares, disputando, também, ‘nosso projeto’, que entendemos como justo e necessário. Temos o direito e a obrigação de apresentar nossos ‘textos’, prenhes de conceitos/categorias/sentidos. Mas, assumamos que nosso texto – nós, que ocupamos o lugar de gestor/Governo – admite ser misturado a outros para compor um novo, muitas vezes surpreendentemente diferente dos que portávamos antes do encontro (CECILIO, 2007, p. 348).

Segundo Monceau (2002), a problemática da análise da implicação do pesquisador aparece pela primeira vez, de forma explícita, no livro *Lapsus des intellectuels*,³⁴ em que Lourau apontava que o intelectual construía seu estatuto na e pela recusa de analisar suas implicações materiais, sociais e políticas.

Por considerarmos o pesquisador elemento fundamental e instrumento da pesquisa qualitativa, de forma coerente com a postura epistemológica e o referencial teórico escolhidos, a análise da implicação dos apoiadores e trabalhadores das ESFs será constantemente alimentada com a análise da implicação da pesquisadora, que deverá ser abordada não somente em profundidade, como de forma transversal a todo o trabalho investigativo.

Romagnoli (2012) apresenta o paradigma do pesquisador implicado, fazendo um contraponto à busca pela neutralidade e verdade observada nas pesquisas psicológicas:

Na tentativa de operar na contramão dessa tendência, que ainda é majoritária no cenário acadêmico, emerge o pesquisador implicado. Implicação da qual não podemos escapar, desafio cuja análise é circunstancial e provisória. Análise que se sustenta em um paradigma ético-político, em que não há neutralidade e nem é possível fazer uma pesquisa de ‘fora’. Ou seja, o pesquisador ocupa um lugar privilegiado para analisar as relações de poder, inclusive as que o perpassam.

Não concebemos, dessa forma, que o poder ou a ideologia, inevitáveis, possam comprometer o rigor científico. Como nos lembra Monceau (2008a), a questão não é nos

³⁴ Publicado em 1981, na França, e ainda não traduzido para o português.

livrarmos de nossas ideologias, mas tentar analisá-las coletivamente: aí está o verdadeiro trabalho científico, segundo ele. Assim, procuramos, desde o início, dar visibilidade à experiência e à história da pesquisadora e coordenadora do AMSM de Santa Luzia – que ocupa um híbrido lugar de agente participante de uma ordem, de uma militância na Saúde Coletiva e, neste momento, de agente pesquisadora – desvelando as instituições que a atravessam: a Saúde Coletiva, a militância, a formação profissional, a relação com o trabalho e com sua remuneração, etc. Em resumo, trata-se de dar visibilidade às linhas de constituição tanto do dispositivo matricial quanto do dispositivo do processo de pesquisa em questão. A esse respeito, cabe também lembrar que o próprio coletivo pesquisador é, ele mesmo, atravessado por instituições outras que não as abordadas diretamente nesta pesquisa, o que compõe um campo de interferências ilimitado, sobre o qual se situa nossa investigação.

Para colaborar na explicitação da análise da implicação da pesquisadora intercessora³⁵, adotamos o uso da escrita *diarística*³⁶ (LOURAU, 1997a), no formato de anotações de informações e reflexões feitas no campo de pesquisa (que era também o campo de trabalho da pesquisadora) e ao longo do período de redação da tese, permitindo o conhecimento de aspectos relevantes da relação que ela estabelece com o AMSM e com a construção do texto final. Referimo-nos ao conjunto de anotações feitas nessas duas situações como “diário de pesquisa”, do qual, pelo seu grande volume de anotações, optamos por apresentar apenas alguns fragmentos, que serão inseridos ao longo da tese sem sofrer reanálise porque já são, por si mesmos, a explicitação da própria reflexão da pesquisadora. Esse *extratexto*³⁷ (LOURAU, 2004b) tem a finalidade de permitir ao coletivo pesquisador, bem como ao futuro leitor, a base para construir suas próprias intervenções sobre a análise de implicação da pesquisadora intercessora, sobrescrevendo seu texto a esse e dando continuidade ao hipertexto do campo de forças em questão.

Aceitamos, tanto quanto possível,³⁸ o convite feito por Lourau (2004b): transformar o extratexto da escrita *diarística*, com ou sem coloração intimista, em procedimento de trabalho, “[...] transportá-lo para longe dos recônditos da introdução, das notas de pé de página ou de fim de capítulo, dos anexos e partes documentais, etc., até atingir a página plena do texto [...]” (LOURAU, 2004b, p. 252). Para o autor, o diário permite que se conheça a pesquisa despida

³⁵ Ver “Introdução”.

³⁶ Do original: *écriture diaristique* (LOURAU, 1997a).

³⁷ Do original: *hors-texte* (LOURAU, 2004b).

³⁸ Merino (1997-1998) lembra, ao discutir a análise de implicação do pesquisador, que, assim como o analisante, o pesquisador não poderá ir além do que suas resistências lhe permitem.

da “indumentária de domingo” (LOURAU, 1993, p. 79), fazendo clara referência à desnaturalização das instituições que ele pode promover, na qual incluímos tanto o AMSM quanto a própria atividade científica, com os quais a pesquisadora está implicada, de forma primária e secundária³⁹, respectivamente (LOURAU, 2004b).

Se o uso do diário pode parecer um arroubo narcísico, cumpre lembrar que sua função é deslocar o pesquisador do centro e precipitá-lo no campo de interferências caro à AI, o que dá visibilidade à escrita como atravessada pela complexidade institucional.

Enfim, podemos afirmar que o texto desta tese é uma versão implicada (construída segundo as implicações) da implicação da pesquisadora, dos trabalhadores das ESFs e apoiadores na instituição do Apoio Matricial de Santa Luzia, além daquela, mais do que presente, da orientadora. Então, no momento em que o leitor chegar a ler estas linhas, esta versão já terá sido reescrita e problematizada pelo coletivo pesquisador em ação, o que contribuirá para a análise de implicação dos participantes desse processo. Ao final, a história já será efetivamente uma história de muitos e sempre em movimento.

Leio em Guillier e Samson (1997-1998) que a análise das implicações, como prática social, não é simples nem sem risco. Sei que os riscos são muitos, mas também me são vitais. Sobre eles, há uma epígrafe escolhida por Lourau para abrir um de seus livros que não me sai da cabeça: ‘Uma instituição é perdida quando aquele que está dentro, ao invés de se achar muito honrado, começa a pensar... quando no lugar de estar dentro de sua instituição, de ser, estar e viver e de funcionar simplesmente, como instituído, naturalmente...; quando a instituição não lhe basta mais... quando ele começa a pesar, quando ele começa a se perguntar se ele não é uma besta velha...’⁴⁰

Não acredito na perda total. Acredito na transformação... (Diário de pesquisa, 22 de agosto de 2012).⁴¹

³⁹ Lourau (2004b, p. 255) aponta a existência de dois tipos de implicação: primárias e secundárias. As primárias (na própria situação de intervenção) compreendem: “1. implicações do pesquisador-praticante com seu objeto de pesquisa/intervenção; 2. implicação na instituição de pesquisa ou outra instituição de pertencimento e, antes de tudo, na equipe de pesquisa/intervenção; 3. implicação na encomenda social e nas demandas sociais”. As secundárias (no campo de análise) compreendem “4. implicações sociais, históricas, dos modelos utilizados (implicações epistemológicas); 5. implicações na escritura ou qualquer outro meio que sirva à exposição da pesquisa”. Assim como Lourau (2004b), por não nos agradar o caráter esquemático dessa diferenciação, preferimos abordar as implicações primárias e secundárias sob a denominação única de “implicação”, embora façamos referência frequente às implicações em jogo tanto na situação de intervenção quanto no campo de análise.

⁴⁰ Do original: *Une institution est perdue quand celui qui est dedans, au lieu de s'en trouver très honoré, commence à penser..., quand au lieu d'être dans son institution, d'être, d'y être, et d'y vivre et d'y fonctionner simplement, comme institué, naturellement...; quand l'institution ne lui suffit plus... quand il commence à peser, quand il commence à mesurer, quand il commence à se demander s'il n'est pas une vieille bête...* (PÉGUY, 1907 *apud* LOURAU, 1996, epígrafe).

⁴¹ PENIDO, C. M. F. **Diário de pesquisa**. [Documentação da autora], 22 de agosto de 2012.

4.2 Métodos e técnicas de pesquisa

Os atores, queiram ou não, segundo Monceau (2008b), estão implicados na instituição. Segundo o autor, essa não é uma definição comum nas ciências sociais, mas traz a vantagem de permitir uma **análise qualitativa, ou seja, se todos estão implicados, resta saber como o estão.**

Pressupomos que apoiadores, trabalhadores das ESFs e a pesquisadora estão, todos, não somente implicados na estratégia matricial, mas também nesta atividade científica que produz conhecimento sobre tal questão. Optamos por uma pesquisa qualitativa para analisar a diversidade de formas assumidas por essa implicação, ao que Monceau (2008b, p. 60) se refere como “modalidades de implicação”.

O caminho metodológico traçado por Lourau (1997b, p. 15) foi tomado como norte para esta pesquisa:

O mais importante, aos meus olhos, é o que se passa de alguns anos para cá, a saber, a existência, na comunidade científica, dentre outras correntes, de uma análise institucional como método de trabalho científico, destacando a descrição das condições da pesquisa, a implicação permanente e não mais mencionada pontualmente, a ligação entre a implicação e a institucionalização e, mais particularmente, a questão da escrita (ou todas outras formas de exposição) das ciências humanas.⁴²

Utilizamos a perspectiva da socioanálise para construir dispositivos analisadores em potencial como grupos focais e entrevistas (conferir adiante), a fim de analisar e refletir conjuntamente com os participantes sobre a relação que eles estabelecem com o AMSM, aos modos de uma pesquisa-intervenção, orientada pelo lema de que “todo conhecer é um fazer” (PAULON, 2005). Levamos em consideração dois tipos de intervenção. A primeira: a própria inserção da equipe de saúde mental na Estratégia de Saúde da Família, ao tentar transformar a realidade das práticas de saúde e os modos de como os sujeitos entram em relação formando coletivos pela chamada tecnologia relacional (BENEVIDES; PASSOS, 2005) ou tecnologia

⁴² Do original: *Le plus important, à mes yeux, restant ce qui se passe depuis quelques années, à savoir l'existence, dans la cité scientifique, parmi d'autres courants, d'une analyse institutionnelle comme méthode de travail scientifique, mettant l'accent sur la description des conditions de la recherche, sur l'implication permanente et non plus mentionnée ponctuellement, sur le lien entre implication et institutionnalisation et plus particulièrement sur le mise en question de l'écriture (ou tout autre forme d'exposé) des sciences de l'homme* (LOURAU, 1997b, p. 15).

leve (MERHY, CHAKKOUR *et al.*, 2007b). A segunda: nossa própria prática de pesquisa, considerada em si uma prática de intervenção (GUILLIER, 2002). Dessa forma, tomamos esta pesquisa como uma intervenção institucional que coloca em ação “a relação mantida pelos indivíduos com a instituição” (LOURAU, 1975, p. 143).

Como técnicas de pesquisa fizemos uso de grupos focais e entrevistas, além da escrita diarística – discutida acima e a consulta a documentos.

Consultamos todos os documentos disponíveis dos serviços de Santa Luzia que podiam ajudar a compreender a implicação dos sujeitos com o AMSM, como o projeto do AMSM, relatórios de estagiários de Psicologia, atas de reunião (da equipe matricial, da equipe matricial com os CAPSs, do Conselho Municipal de Saúde). Todos os documentos estavam em versão eletrônica, com exceção de algumas das atas, sobre as quais cabe um esclarecimento. De novembro de 2008 a 23 de março de 2010, as atas eram redigidas pelos estagiários de Psicologia e divulgadas por meio eletrônico a toda a equipe matricial, mas não eram feitas de forma regular. De 24 de março de 2010 a 9 de fevereiro de 2011, elas passaram a ser confeccionadas no momento da reunião, em um livro de atas, que ficava disponível para consulta por gestores e trabalhadores no CAPS III, com os quais eram mantidas reuniões regulares, cujas decisões eram registradas nestas atas. Finalmente, a partir dessa data, às vésperas da integração do AMSM ao NASF, ela voltou a ser feita em documento eletrônico, mas por todos os integrantes da equipe matricial, em esquema de rodízio.

Utilizamos a técnica dos grupos focais para abordar diretamente os trabalhadores das ESFs e apoiadores, tomando-a como a narrativa de um grupo sobre determinado tema, já que ela é considerada mais do que a soma das opiniões, sentimentos e pontos de vista individuais em jogo (WESTPHAL *et al.*, 1996). Considerando a importância atribuída à negociação dos significados no diálogo entre pesquisadores e trabalhadores, a técnica, de tradição dialética, estimulou essa negociação, feita em espaços de intersubjetividade e sem a preocupação de chegar a consensos. Quando não houve dissensos, entretanto, tomamos a fala de um ou mais participantes como indicativa do que o grupo pensava sobre o assunto em questão (PINTO *et al.*, 2011). No caso de dissensos, a fala também foi analisada na interação com os demais membros do grupo, ou seja, no contexto do grupo focal.

Foi realizado um grupo focal com os apoiadores e quatro outros grupos focais com os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família que participavam dos encontros matriciais: médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde.

No caso dos trabalhadores das ESFs, realizamos primeiramente um grupo focal com a participação de todas as categorias profissionais e, depois, um grupo focal com cada categoria profissional, ou seja, mais três. A separação posterior por categorias se pautou pela preocupação em facilitar-lhes a possibilidade de expressão, partindo do pressuposto de que há uma tendência no contexto da saúde de que a *autoridade cultural* (STARR, 1982)⁴³ dos médicos estabeleça quais são os discursos válidos em detrimento do discurso dos outros profissionais. Embora o intuito não tenha sido o de comparar a narrativa das várias categorias profissionais das ESFs, levamos em consideração a importância atribuída por Lourau (1996) à instituição de pertencimento mais próxima do sujeito, a qual viabiliza a inserção do profissional na situação social de intervenção, identificada como, no caso, a instituição profissional, sem desqualificar a composição afetiva e política das implicações. Assim, algumas particularidades observadas entre os grupos serão identificadas ao longo da análise dos resultados para melhor caracterizar a diversidade de modalidades de implicação no segmento institucional⁴⁴ dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família.

Apesar de estarmos cientes das vantagens da homogeneidade na composição dos grupos focais, tal como relatado acima, a opção por iniciarmos com um grupo focal de composição mista se justificou por remeter ao grupo natural da ESF que participa dos encontros matriciais e, principalmente, por apostarmos, em concordância com Flick (2004), que as formações distintas poderiam levar a dinâmicas intensificadas na discussão, revelando, assim, mais aspectos e perspectivas do fenômeno em estudo – os quais poderiam ser mais bem explorados nos grupos focais subsequentes. Entretanto, o resultado da análise preliminar mostrou que havia dificuldades de expressão no grupo misto, e não nos pareceu justificar sua utilização para esse efeito esperado. Ao contrário, os participantes dos grupos homogêneos se sentiram mais à vontade para expressar suas ansiedades e críticas em relação ao objeto. Assuntos tratados no grupo focal misto apareceram nos grupos específicos por categoria profissional, os quais os trataram de forma mais ampla e também ampliaram a variedade de temas. No caso dos apoiadores, a divisão por categoria profissional para a constituição dos

⁴³ A *autoridade cultural* pode ser entendida como a maior probabilidade de que as definições particulares de realidade e julgamentos de significado e valor prevaleçam como válidos e verdadeiros. A este respeito conferir, também, Penido (2002; 2005).

⁴⁴ Utilizamos a expressão “segmento institucional” para designar cada um dos três grupos de atores participantes desta pesquisa: trabalhadores das ESFs, apoiadores e gestores. Longe de retratar uma realidade fragmentada, tomamos cada um dos segmentos como polos que compõem o campo de forças no qual as implicações se construirão, também, na relação entre eles e de cada um deles com a estratégia matricial.

grupos focais não foi possível, visto serem poucos os profissionais de cada uma delas (máximo três).

A técnica de entrevista semi-estruturada e em profundidade, individual, foi utilizada para o grupo de gestores, por considerarmos que a hierarquia refletida pelo organograma institucional poderia inibir a participação dos subordinados, no caso de um grupo focal. Além disso, um grupo focal para os gestores contaria com a própria gestora do AMSM como participante, o que poderia provocar constrangimentos. Tentamos facilitar, com esse cuidado, maior condição de expressão dos gestores envolvidos, assegurando espaço para a veiculação de ideias eventualmente dissonantes em relação ao objeto em avaliação. Ressalte-se que a entrevista da pesquisadora, como gestora, foi realizada por um membro do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NUPESC) da UFMG, do qual ela faz parte. A análise da entrevista da pesquisadora-gestora foi realizada, primeiramente, por outro pesquisador do grupo e pela orientadora, que triangularam os dados posteriormente. Para as demais entrevistas e grupos focais, tal arranjo no modo de realizar a análise foi feito pela distribuição aos demais participantes do grupo de pesquisa e, em seguida, pela pesquisadora e orientadora.

4.3 Sujeitos da pesquisa

Nossos sujeitos se dividiram em três segmentos: trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família, apoiadores matriciais e gestores. Consideramos com Assis *et al.* (2008) que ouvir pessoas de diferentes posições hierárquicas agrega validade ao processo de pesquisa.

A escolha por pesquisar trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família e apoiadores matriciais se baseou na ideia de que as mudanças propostas para o cuidado em saúde não acontecem de forma automática e desvinculada da mudança de mentalidade dos profissionais envolvidos (CECÍLIO, 2007; BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008). Além disso, frisamos a importância da abordagem dos atores diretamente relacionados seja ao ato de cuidar, seja ao ato de formar para tal cuidado, no contexto do AMSM.

Os estagiários de Psicologia que integram a equipe matricial foram incluídos na pesquisa, participando do grupo focal com apoiadores. Acreditamos que poderiam trazer uma perspectiva diferente dos profissionais, aumentando a dinâmica da discussão, o que não pôde

ser verificado em razão de os profissionais participantes de nenhum dos grupos focais terem sido identificados individualmente.

Como os gestores são as pessoas responsáveis, oficialmente, não somente por gerir a política pública do AMSM, da SM ou da Estratégia de Saúde da Família, como também por sustentá-las e atualizá-las na sua potência de intervenção, negociando-as em espaços coletivos com suas equipes, pressupomos que eles poderiam contribuir com uma compreensão diferenciada da implicação de trabalhadores das ESFs e apoiadores no AMSM. Além disso, consideramos que eles eram os atores privilegiados para nos ajudar a compreender a fundação da instituição AMSM em Santa Luzia e as forças presentes na sua institucionalização. Os gerentes existentes nas UBSs não foram incluídos, visto não serem gerentes técnicos da área da saúde e não participarem do apoio matricial, ficando mais restritos ao papel administrativo, e não à coordenação do processo de trabalho. No grupo de gestores, foram entrevistados o secretário de Saúde, a superintendente de Políticas Públicas em Saúde (ex-coordenadora de SM), a coordenadora da Estratégia de Saúde da Família, a coordenadora de SM e a própria coordenadora do AMSM, pesquisadora.

À época da coleta de dados em entrevistas e grupos focais, esses gestores se distribuía hierarquicamente segundo o seguinte organograma:

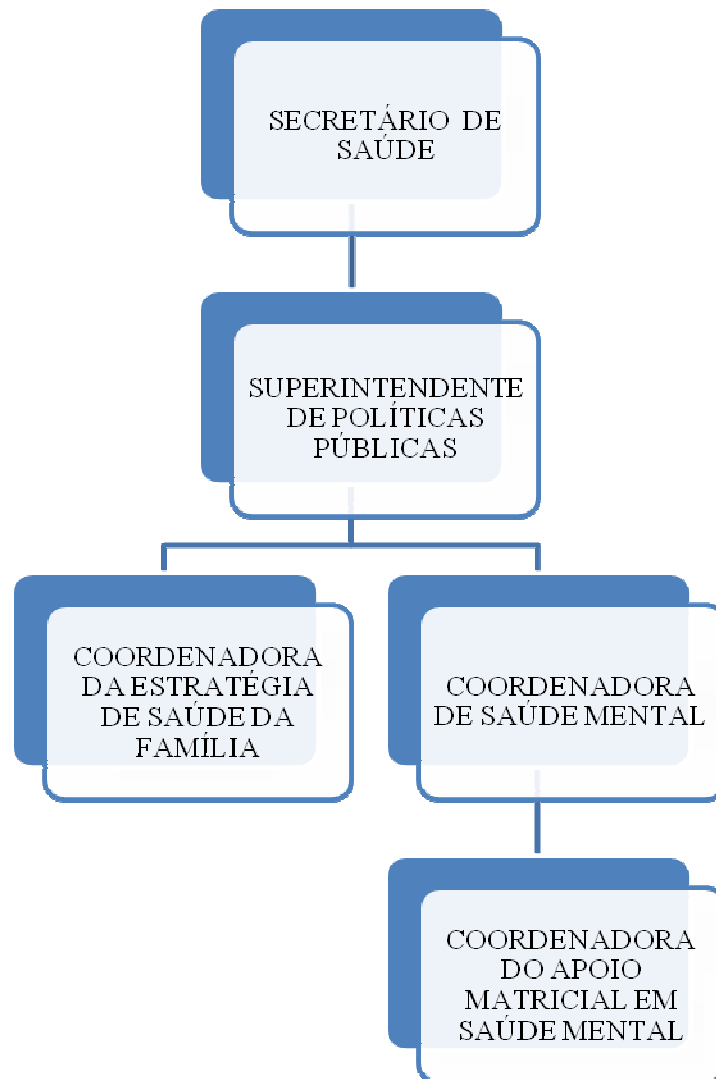


FIGURA 1 – Organograma da gestão dos serviços de saúde antes da inauguração dos NASFs, em Santa Luzia-MG – 2010.

Fonte: Dados da pesquisa, 2011.

Logo antes da inauguração dos NASFs⁴⁵ (abril de 2011), o organograma foi reformulado, quando as coordenações do AMSM e Estratégia de Saúde da Família passaram a ser diretamente interligadas.

⁴⁵ Sobre sua inauguração, conferir o capítulo “Histórico da implementação do Apoio Matricial em Saúde Mental em Santa Luzia: fatos e análise da sua fundação institucional”.

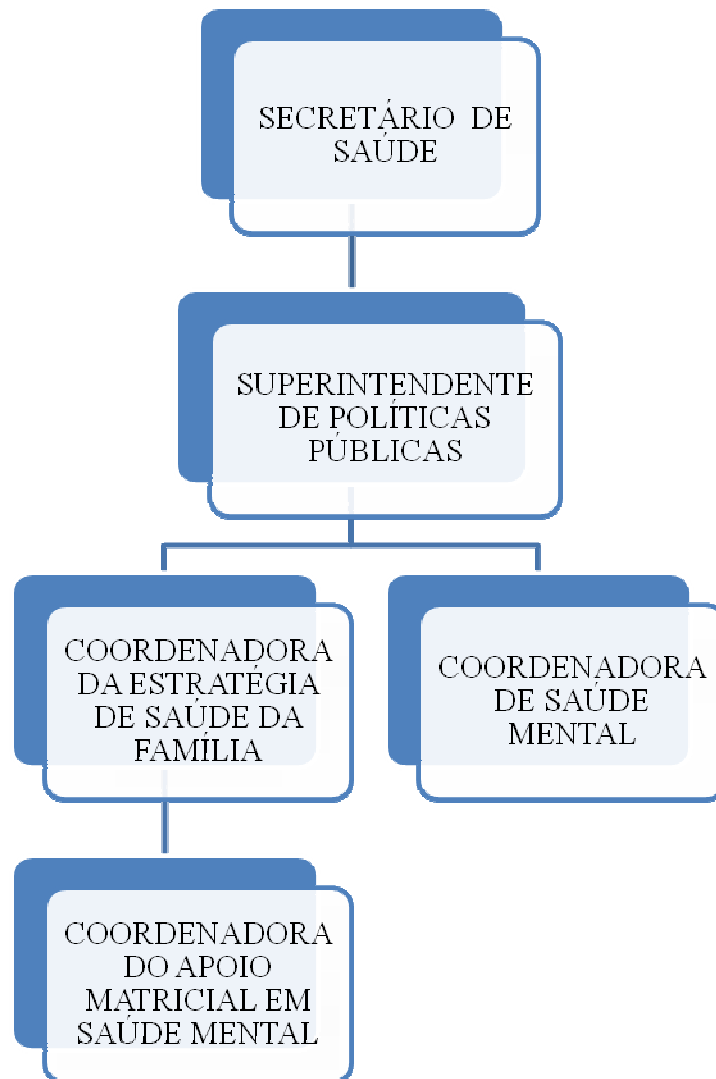


FIGURA 2 – Organograma da gerência dos serviços de saúde depois da inauguração dos NASFs, em Santa Luzia-MG – 2011.

Fonte: Dados da pesquisa, 2011.

O único critério para seleção de trabalhadores das ESFs e apoiadores, além da disponibilidade, foi o tempo de participação nos encontros matriciais de, pelo menos, seis meses, considerado tempo mínimo para que o sujeito pudesse ter parâmetros vivenciais para relatar sua relação com o AMSM, embora a preferência fosse pelo recrutamento dos sujeitos presentes desde a implantação do AMSM em Santa Luzia. Inicialmente, havíamos postulado o tempo de um ano de participação na estratégia como critério, mas deparamos com o fato de que conseguiríamos somente seis médicos nessa condição e, levando em conta a perda possível entre o recrutamento e a realização da estratégia, resolvemos diminuir para seis meses de participação. A reformulação do critério foi estendida a todos os outros

participantes, incluindo os gestores, um dos quais contava menos de um ano na sua função (oito meses).

Na Tabela 1, mostra-se o número de participantes da pesquisa e o tempo médio de participação na estratégia matricial por segmento institucional e categoria profissional/de estágio, bem como na sua distribuição por técnica metodológica utilizada.

TABELA 1
Segmentos institucionais participantes da pesquisa, por técnica de pesquisa e média de tempo de participação na estratégia matricial.

SEGMENTOS	TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA n=37						APOIADORES MATRICIAIS n=8			GESTORES n=5
	Médicos n=8		Enfermeiros n=11		ACSs n=18		Psiquiatras n=2	Psicólogos n=3	Estagiários n=3	
Técnicas de pesquisa	Grupo Especif. n=7	Grupo Misto n=1	Grupo Especif. n=9	Grupo Misto n=2	Grupo Especif. n=13	Grupo Misto n=5		Grupo Único n=8		Entrevistas individuais n=5
Média participação (meses)			25,4					15,4 ¹		22,6

Fonte: Dados da pesquisa, 2011.

¹ Deve-se considerar que o cálculo da média de tempo de participação na estratégia matricial, no caso dos apoiadores, incluiu os estagiários, que, em geral, têm contratos de seis meses, com possibilidade de renovação por mais seis meses, o que pode ter influenciado o resultado final (15,4 meses). Retirando os estagiários do cálculo da média de tempo, o resultado sobe para 21,8 meses, mais próximo da média do tempo de participação dos trabalhadores das ESFs e gestores.

4.4 Recrutamento

4.4.1 Trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família e apoiadores

Estipulamos, inicialmente, 12 pessoas como limite para o grupo focal, observando o intervalo proposto por Westphal *et al.* (1996) entre 6 e 15 pessoas, lembrando-nos de que a natureza da técnica impede uma grande concentração de participantes. A seguir, detalhamos o recrutamento de cada segmento participante:

a) Trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família – Acompanhando a escala de encontros matriciais entre ESFs e equipe matricial, os psicólogos apoiadores, treinados pela

pesquisadora, convidaram pessoalmente todos médicos, enfermeiros e ACSs presentes no momento de suas idas às UBSs e que se enquadravam no critério de inclusão na pesquisa para participarem dos grupos focais. Na oportunidade, foram apresentadas duas datas disponíveis para cada interessado: uma referente ao grupo focal misto e, caso não fosse possível, outra referente ao grupo focal específico da categoria profissional (as datas foram previamente negociadas com a coordenação da Estratégia de Saúde da Família), a fim de que escolhessem a que melhor lhes conviesse, até o limite máximo de profissionais por atividade, conforme indicado. Como já apontado, optamos por realizar primeiro o grupo focal misto, acatando a sugestão de Flick (2004) de iniciar com os grupos mais heterogêneos. A sequência dos demais grupos focais obedeceu à ordem de preenchimento do conjunto de vagas de cada um deles. Os convites a uma dada categoria profissional foram interrompidos tão logo se completou o número de inscrições limite para cada encontro de grupo focal. Entre os convites e a ocorrência dos grupos focais houve um intervalo mínimo de 15 dias, com o intuito de facilitar o reagendamento ou cancelamento de atividades laborais.

b) Apoiadores matriciais – Foram convidados para participar em um mesmo grupo focal todos os profissionais e estagiários do AMSM – com exceção de um psiquiatra recém-contratado –, visto constituírem um grupo pequeno (dois psiquiatras, três psicólogos e três estagiários) e a identificação de particularidades entre as categorias profissionais (psicólogos e psiquiatras) e estagiários não ser objetivo nesta pesquisa. Foram adotados os mesmos critérios de inclusão utilizados para os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família.

Um dos integrantes do NUPESC telefonou para confirmar a presença de todos os recrutados para que participassem dos grupos focais uma semana antes. Dos que confirmaram, apenas dois enfermeiros e um médico não compareceram no dia do grupo focal. Um ACS que não compareceu ao grupo focal misto aceitou ser remanejado para participar do grupo focal específico para os ACSs, o que não pôde ser feito para o médico e os dois enfermeiros, visto que a ausência deles ocorreu nos grupos focais específicos posteriores à realização daquele. No caso dos gestores, as respectivas entrevistadoras é que ligaram para marcar a entrevista.

4.4.2 Gestores

Foram convidados pelas respectivas entrevistadoras, para entrevistas individuais, todos os gestores com algum capital de decisão sobre a estratégia matricial, segundo hierarquia observada no organograma da secretaria municipal de saúde de Santa Luzia: secretário de saúde, superintendente de políticas públicas em saúde, coordenadora da Estratégia de Saúde da Família, coordenadora de SM e coordenadora do AMSM. Observa-se na representação do organograma à época da coleta de dados que a coordenação do AMSM era submetida imediatamente apenas à coordenação da SM (FIG. 1). Entretanto, como o campo de trabalho da equipe matricial se concentra, sobretudo, na Estratégia de Saúde da Família (o que fez com que alguns gestores problematizassem o organograma tal como estava estabelecido), essa coordenadora também foi convidada. A situação se inverteu após a inauguração dos NASFs, quando a coordenação do AMSM passou a ser submetida à coordenação da Estratégia de Saúde da Família e não mais à coordenação de SM (FIG. 2).

4.5 Coleta de dados

A coleta de dados dos grupos focais e entrevistas durou de 23 de novembro a 17 de dezembro de 2010, após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – CAAE: 0205.0.203.000-10 (ANEXO A) – e pela Prefeitura Municipal de Santa Luzia-MG (ANEXO B), atendendo aos termos da Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde. Todos os que participaram dos grupos focais e entrevistas aceitaram sua gravação em áudio e concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Segundo Lourau (1997b, p. 44):

a instituição científica se dota de próteses ou ‘antenas’ epistemológicas e de comitês de ética. É para melhor te desresponsabilizar, minha criança, como poderia responder o lobo disfarçado de vovozinha à inocente Chapeuzinho Vermelho. É para melhor te desimplicar, você, o indivíduo individualista: para te confortar na negação

de sua individuação, na sua negação da gênese das formas, das relações de força e outros ‘fantasmas’ dos quais seu psicanalista bem se ocupa [...].⁴⁶

A veemência e a ironia presentes no comentário de Lourau fizeram-nos pensar se os Comitês de Ética e periódicos científicos – com sua burocracia e padrões de rigor cada vez mais rígidos – estão preparados para o corpo a corpo da socioanálise e das relações de força na construção do objeto de pesquisa. Entretanto, mesmo cumprindo as exigências dos comitês, tomamos esta pesquisa como uma oportunidade de reflexão sobre a ética na instituição científica, considerando, com Lourau (1975), que não se pode contribuir para a mudança instituição estando-se fora dela.

Uma das questões éticas que se colocaram durante esta pesquisa foi justamente sobre a coleta de dados nas entrevistas e grupos focais. Segundo as exigências éticas, os participantes da pesquisa não podem ser submetidos a constrangimentos, o que poderia ocorrer caso a coordenadora da estratégia matricial fosse a responsável por coletar dados sobre a relação dos atores com a estratégia – coordenada por ela.

Entretanto, a indicação de Lourau (1975, p. 267) levou-nos a um impasse:

[...] não separaremos a análise da intervenção, a fim de bem caracterizar que o sistema de referência da análise institucional é estreitamente determinado pela presença física dos analistas enquanto atores sociais em uma situação social, e a presença material de todo o contexto institucional.

Apesar das ponderações e do desejo de coletar diretamente os dados nos grupos focais e entrevistas, a pesquisadora intercessora do coletivo pesquisador não o fez. Partindo do pressuposto de que o sistema de referência mencionado já vinha sendo construído com sua presença física ao longo de quase cinco anos no cotidiano da gestão da estratégia matricial e, muitas vezes, no próprio campo de trabalho junto dos matriciadores, não acreditamos que a distância da coleta de dados se reverteria em prejuízo significativo. Assim, optamos por contribuir para minimizar qualquer tipo de coerção que poderia se introduzir no espaço intersubjetivo da pesquisa com sua presença como representante máxima do instituído, bem como observar diretrizes éticas enfatizadas pelos comitês, embora muitos trabalhadores da ESF não a conhecessem como gestora. Tomamos a oportunidade de identificar esses

⁴⁶ Do original: L’institution scientifique se dote de prothèses ou ‘antennes’ épistémologiques et de comitês d’éthique. C’est pour mieux te déresponsabiliser, mon enfant, comme pourrait répondre le loup déguisé en grand-mère à l’innocent Petit Chaperon Rouge. C’est pour mieux te désimpliquer, toi, l’individu individualiste: pour te conforter dans le déni de ton individuation, dans ton déni de la genèse des formes, des rapports de force et autres ‘fantasmes’ dont ton psychanalyste s’occupe si bien [...] (LOURAU, 1997b, p. 44).

constrangimentos como uma possibilidade de fazê-los trabalhar a favor da construção da análise de implicação na pesquisa. Essa opção é, em si, reveladora da implicação dos pesquisadores na institucionalização da ciência. Segundo Lourau (1997b, p. 45), “é no ato da pesquisa – ou de qualquer intervenção – que nossa implicação na institucionalização da ciência pode ser analisada coletivamente”[...].⁴⁷

Por outro lado, a decisão da pesquisadora de não participar diretamente da coleta de dados se colocou como oportunidade de agregar outros sujeitos ao coletivo pesquisador, construindo outra condição de produção dos dados. Assim, tivemos a ajuda de duas entrevistadoras e quatro assistentes de campo, todos eles participantes ou convidados pelo NUPESC, do qual a pesquisadora faz parte.

Supomos que a liberdade dada ao sujeito de não participar ou de não continuar participando das entrevistas ou grupos focais, se fosse o caso, e a garantia da discussão de forma livre, aberta, pelo compartilhamento de ideias a respeito do objeto pesquisado, possam ter minimizado eventuais constrangimentos. Além disso, eventuais desconfortos na gravação em áudio dos grupos focais e entrevistas podem ter sido diminuídos pela salvaguarda do anonimato, minimizando o risco de haver quaisquer dificuldades futuras para os participantes. Segundo relato dos entrevistadores, nenhum participante explicitou sentimento de intimidação ou desconforto diante das perguntas feitas, ou mesmo receio de retaliação no caso de críticas. Identificamos limites quanto ao anonimato como na situação do acesso de alguns gestores (os coordenadores da Estratégia de Saúde da Família, SM e AMSM) à lista de participantes da pesquisa para liberar sua dispensa do trabalho e audição da gravação de áudio pela pesquisadora, que pode ter facilitado a identificação de algum profissional pela voz. Entretanto, ressalte-se que apenas o grupo dos matriciadores quis usar pseudônimos durante a gravação, optando os demais por fazer uso do nome pessoal caso fosse necessário se referir a eles. Mesmo assim, no caso dos apoiadores, o uso de pseudônimos nos pareceu ter um caráter lúdico, considerando quanto se divertiam e riam uns dos outros pelos nomes adotados (às vezes de personagens de desenhos infantis), como Ben 10, Magali, Tasha, Miau, etc.

Apesar dos cuidados tomados, é certo que o estatuto de sujeito enunciador não se faz de forma alheia ao destinatário em questão. É preciso lembrar com Lourau (1996, p. 15) que “os limites da enunciação coletiva são conhecidos. O segredo existe como condição

⁴⁷ Do original: *C'est dans l'acte de recherche– ou d'intervention quelconque – que notre implication dans l'institutionnalisation de la science peut être analysée collectivement [...]* (LOURAU, 1997b, p. 45).

imaginária ou real de sobrevivência”.⁴⁸ Partindo do pressuposto de que todos os atores, sejam participantes da pesquisa ou os próprios pesquisadores, estão sempre implicados, partimos para o campo, considerando tal condição como operativa para a produção de novos saberes.

O número de participantes nos grupos focais variou de acordo com o preenchimento dos critérios adotados para sua inclusão e a disponibilidade dos profissionais para comparecerem nas datas predeterminadas (segundo agenda das entrevistadoras e possibilidade de liberação dos profissionais do serviço). Terminada a coleta de dados com os trabalhadores, fizemos uma primeira audição das gravações de áudio para ser avaliada a necessidade de fazer outros grupos focais, observando o critério de saturação para as pesquisas qualitativas (FONTANELLA *et al.*, 2008). Entretanto, após o recrutamento, demos-nos conta de que reunimos quase todos os trabalhadores das ESFs que apresentavam condições de inclusão, de acordo com os critérios adotados. Considerando o critério de tempo de participação no AMSM, tínhamos condição de fazer apenas outro grupo focal com a categoria dos ACSs, pois não havia mais do que três enfermeiros que os atendiam e nenhum outro médico ou apoiador, além dos já recrutados. Teríamos, ainda, a oportunidade de repetir os grupos focais, caso não atingíssemos o critério de densidade em relação ao tema, mas, após uma primeira leitura do material, julgamos desnecessária a estratégia.

As entrevistas foram feitas por uma pesquisadora convidada que já havia participado da estratégia matricial como apoio à coordenação para o trabalho com grupos, embora não trabalhasse mais no município (entrevistadora A). Exceção foi a entrevista com a coordenadora do AMSM, feita por uma das integrantes do NUPESC (entrevistadora B), com quem ela não tinha muito contato. Pelo mesmo motivo, o grupo focal com apoiadores foi coordenado pela última entrevistadora. Todos os entrevistadores foram treinados pela orientadora, em reunião do grupo de pesquisa.

Abaixo (QUADROS 1 e 2), identificamos cada uma das técnicas de pesquisa utilizadas, com o respectivo tempo de duração e entrevistador responsável:

⁴⁸ Do original: *Les limites de l'énonciation collective sont connues. Le secret existe comme condition imaginaire ou réelle de survie* (LOURAU, 1996, p. 15).

QUADRO 1
Grupos focais: tempo de duração e entrevistador responsável.

ENTREVISTAS	TEMPO DE DURAÇÃO	ENTREVISTADOR
COORDENADORA DO APOIO MATRICIAL	55 minutos	B
COORDENADORA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	30 minutos	A
COORDENADORA DE SAÚDE MENTAL	38 minutos	A
SUPERINTENDENTE DE POLÍTICAS PÚBLICAS	55 minutos	A
SECRETARIO DE SAÚDE	20 minutos	A

QUADRO 2
Entrevistas: tempo de duração e entrevistador responsável.

GRUPOS FOCAIS	TEMPO DE DURAÇÃO	ENTREVISTADOR
MISTO	1 hora e 34 minutos	A
ENFERMEIROS	1 hora e 20 minutos	A
APOIADORES	1 hora e 28 minutos	B
ACSs	1 hora e 40 minutos	A
MÉDICOS	58 minutos	A

Para os grupos focais, tomamos o cuidado de formular um temário para que o debate não corresse o risco de se tornar uma conversa desestruturada (KIND, 2004). O temário geral para os trabalhadores e apoiadores das ESFs iniciou-se com a seguinte questão introdutória: “O que você pensa do apoio matricial em saúde mental?” A pergunta foi escrita em papel tipo *Kraft* e colocada à vista de todos os participantes, para que a discussão não se perdesse.

Embora isso não tenha se dado de forma uniforme entre os grupos focais, perguntas tomadas como inspiração para eventuais questões de relance foram:

- 1) Como vocês se sentem participando do apoio matricial em saúde mental?
- 2) Que tipo de mudanças a estratégia matricial propõe para a clínica praticada na saúde da família, na sua opinião?
- 3) Qual a importância do apoio matricial em saúde mental, na sua opinião? Que efeitos você acredita que ele teve?
- 4) Quais são os problemas enfrentados para fazer funcionar o apoio matricial em saúde mental? Quais são os principais desafios a enfrentar?
- 5) Como percebem a participação de vocês no apoio matricial em saúde mental – de cada um e dos outros membros da sua equipe, dos apoiadores e dos gestores? (para os apoiadores: Como percebem a participação de vocês no apoio matricial em saúde mental, de cada um e dos outros membros da sua equipe, dos trabalhadores da equipe de saúde da família e dos gestores?).

Embora os gestores tenham sido entrevistados individualmente, as questões usadas no roteiro da entrevista semiestruturada foram as mesmas utilizadas nos grupos focais (questão central, somada às questões de relance). Todos compareceram no dia marcado, a maioria tendo sido entrevistada em sala reservada no seu local de trabalho, com exceção da coordenadora do AMSM, que foi entrevistada no mesmo espaço que os trabalhadores e apoiadores (sala do Conselho Municipal de Saúde).

Para a entrevista da coordenadora do AMSM, foram feitas perguntas adicionais, elaboradas pela orientadora e pelo grupo do NUPESC, sem a presença dela, que só tomou conhecimento das questões no momento da entrevista:

- 1) Houve alguma mudança na composição da equipe matricial ao longo desses anos? Algum apoiador saiu? Qual foi o motivo?
- 2) Você considera ter autonomia para sua gestão?
- 3) Você sente abertura para expressar opiniões aos outros gestores?

Os dados dos grupos focais foram coletados na sala do Conselho Municipal de Saúde de Santa Luzia, espaço amplo e reservado para essa finalidade, com mesas e cadeiras suficientes e bebedouro e sanitários próximos. Entretanto, alguns ruídos do lado de fora ou na sala anexa atrapalharam alguns poucos trechos da gravação de áudio dos grupos focais.

Solicitou-se à Secretaria Municipal de Saúde a liberação, por três horas de trabalho, dos gestores, profissionais e estagiários envolvidos, destinadas à participação no grupo focal ou entrevista, incluindo o tempo de deslocamento para o local de sua realização. Não houve necessidade de reposição de horas trabalhadas nem ressarcimento de gastos com o transporte dos participantes.

4.6 Análise dos dados dos grupos focais e entrevistas

Teremos de esperar que o implícito salte aos olhos para, enfim, ousar compreender que sua elucidação faz parte da pesquisa? Será preciso rejeitar desdenhosamente a análise das implicações, a fim de continuar a negar as implicações da análise? (LOURAU, 2004, p. 253).

A análise dos dados coletados nos grupos focais e entrevistas passou por dois processos. O primeiro, para uma primeira organização do material coletado, para o qual utilizamos o método da Análise Estrutural da Narração (AEN), análise do tipo compreensiva, fundamentada na teoria da Análise Estrutural de Narrativa (BARTHES *et al.*, 1981; GREIMAS, 1981), retomada por Demazière e Dubar (1997). O segundo, depois do material organizado e nos apoiando no referencial teórico da AI, quando promovemos um deslocamento da noção de análise à de analisador, conforme sugerido por Lourau (2004c), conceito que esclareceremos adiante neste capítulo.

Na tentativa de aprimorar a qualidade da análise, realizamos a triangulação de pesquisadores na análise de dados. Para isso, todas as entrevistas e grupos focais foram analisados pela pesquisadora, pela orientadora e por, pelo menos, mais um componente do NUPESC, cruzando-se essas análises com discussões e reorientações para se chegar aos resultados.⁴⁹

⁴⁹ Dado o grande volume da tese, preferimos entregar à parte, para os membros da banca de defesa, uma cópia da AEN de um dos grupos focais.

4.6.1 *Análise Estrutural da Narração (AEN)*

Na Análise Estrutural da Narração (AEN) as entrevistas⁵⁰ são consideradas um processo de reflexão do sujeito sobre os temas em questão, o que propicia a reformulação da sua maneira de interpretá-los. A análise estrutural dividiu-se em etapas, seguindo a técnica proposta por Blanchet e Gotman (1992) e a fundamentação teórica de Demazière e Dubar (1997).

Como os autores citados, consideramos como verdade a narrativa do sujeito, tomando-se por base que o que ele diz corresponde àquilo que ele acredita, para efeito da interpretação dos dados. Sabemos que, nas interações sociais, em grupo ou entre duas pessoas, há sempre a possibilidade esconder ou mostrar seus pensamentos, explicitá-los sinceramente ou travesti-los, ser sincero ou mentir ou omiti-los, como um jogo social que se joga dentro do *espaço de reversibilidade simbólica virtual*, dependente do contexto/normas no qual estão inseridos, como nos afirma Petitat (1998). Assim, seus julgamentos e reflexões, sejam como expressão do sujeito social nas entrevistas individuais, sejam nas dos grupos focais, são, portanto, a expressão possível e desejada de cada um como analisador do tema em questão. Para a interpretação dos dados, só podemos partir de que aquilo que foi dito corresponde aos modos de implicação possíveis do sujeito naquele momento. Ao pesquisador não há outra coisa a fazer senão tomar as entrevistas em sua totalidade, para não perder as contradições, conjunções ou disjunções das falas.

A AEN constou, na **primeira etapa**, de análise de cada entrevista ou grupo focal separadamente. Essa etapa iniciou-se com a **leitura vertical** da narrativa, seguida de várias releituras, como tentativa de obter o sentido global de cada entrevista. Nessa etapa, os assuntos em pauta e as reflexões de cada entrevistado, ou grupo, foram conhecidas.

Na **segunda etapa**, procedemos à **leitura horizontal**, na qual o texto foi sequenciado e de onde surgiram os enunciados que revelaram um pouco mais do campo e das significações, para a pessoa que fala, atribuídas aos objetos da narrativa. Esse trabalho correspondeu à “desconstrução” da entrevista, considerando-se que a cada sequência (S)

⁵⁰ Para efeito da AEN e de acordo com Patton (1990 *apud* FLICK, 2004), consideramos os grupos focais como entrevistas em grupo, para os quais, juntamente com as entrevistas individuais, utilizamos a AEN.

corresponde um objeto da fala. As sequências foram numeradas de forma crescente pela ordem que apareceram na narrativa, recebendo cada uma delas uma denominação provisória.

Além disso, em cada sequência foram identificados os fatos narrados (F), as justificativas, explicações e reflexões sobre eles (J), além dos personagens, pessoas ou grupos (P), que são apresentados na narrativa como parte desses fatos ou reflexões. Posteriormente, nessa etapa, as sequências foram agrupadas de acordo com os assuntos tratados, quando se buscou identificar, seguir e reproduzir o trabalho de categorização que o próprio entrevistado ou grupo realizou, nomeando esse conjunto e fazendo a síntese do conteúdo. Como o sujeito apresenta flutuações ao longo de sua narrativa, repletas de idas e vindas, essa etapa de reconstrução das entrevistas e grupos focais mostrou conjunções, disjunções e repetições sobre cada tema tratado, podendo haver sequências que se apresentam distantes umas das outras na narrativa. Essa parte do trabalho propiciou uma categorização preliminar do material, que foi renomeada pelos pesquisadores, baseada no objeto central em foco no conjunto das sequências então reunidas.

Como resultado final da análise vertical e horizontal de cada entrevista, foi construída sua síntese, que é, em si, uma reconstrução realizada pelos pesquisadores, que lhes permite apresentar sua interpretação da narrativa.

Posteriormente, na **terceira etapa** da análise, buscou-se encontrar o que foi comum e o que foi discordante no conjunto de todas as entrevistas e grupos focais, comparando-os e explicitando os significados de forma reagrupada e categorizada, na chamada **leitura transversal**. Na sequência, os agrupamentos realizados por assuntos tratados, depois de analisados, permitiram o estabelecimento das categorias de base do estudo ou categorias empíricas (DEMAZIÈRE; DUBAR, 1997). Ainda nessa terceira etapa, as categorias surgidas foram aprofundadas pelas leituras e reflexões teóricas da pesquisadora e realizadas comparações dos resultados do estudo com aqueles identificados no conjunto da literatura e de acordo com o aporte teórico da AI. A implicação de trabalhadores das ESFs e apoiadores no AMSM foi analisada tanto pela narrativa do próprio segmento sobre si quanto pela de outros segmentos sobre aqueles.

Fazemos notar que algumas poucas adequações relativas a repetições excessivas ou vícios de linguagem foram realizadas nos fragmentos citados, sejam das entrevistas, sejam dos grupos focais, buscando proporcionar maior clareza e concisão textual. Fizemos, também, o uso dos colchetes para indicar palavras suprimidas ou subentendidas na fala em questão.

4.6.2 Da análise aos analisadores

Depois de analisar todo o material das entrevistas e grupos focais pela técnica da AEN, procedemos a outras leituras do material para identificar os analisadores, alguns dos quais já haviam sido identificados ao longo daquele processo.

Para Lourau (2004c), são os analisadores que realizam a análise da instituição. Esboçando uma inconformidade com o instituído, os analisadores acabariam por revelá-lo (LOURAU, 2004c).

Além de revelar, os analisadores decompõem a verdade instituída:

O analisador refere-se a todo dispositivo revelador das contradições de uma época, de um acontecimento, de um momento de grupo e que permita, a partir de uma análise de decomposição do que aparecia até então como uma totalidade homogênea (uma verdade instituída), desvelar o caráter fragmentário, parcial e polifônico de toda realidade (PAULON, 2005, p. 24).

Considerando-se que a “instituição fala pelo ventre, falando por nossa boca” (LOURAU, 2004c *apud* MONCEAU, 2008a), concebemos, como Lourau (2004c), que a análise é uma hermenêutica. Para ele, a instituição tem uma face escondida, produto de uma repressão social que produz o inconsciente social, que se revela no não dito da ilusão ou do desconhecimento institucionais: “A ilusão institucional e o desconhecimento são necessários para que o sistema social se mantenha, para a estabilidade das relações sociais dominantes, produzida e re-produzida pelas instituições” (LOURAU, 2004c, p. 77).

Nesta pesquisa, usamos as pistas deixadas por Lourau (2004c) para realizarmos a análise das implicações. Dessa forma, se para Lourau e Lapassade, ao provocar a análise da implicação, tenta-se fazer a análise da instituição (MONCEAU, 2008a), consideramos, por derivação, que **os analisadores que fazem a análise da instituição também podem ser usados para fazer a análise da implicação**. Na mesma direção, Hess (1975 *apud* L’ABBATE, 2004, p. 82) “considera que o analisador é o elemento que permite atualizar, ‘colocar em dia’ as implicações institucionais”.

Dessa forma, tomamos os analisadores como possibilidades de lançar mais luz naquilo que a dialética nos permite enunciar como o negativo do AMSM, colocando em relevo a instituição e, conseqüentemente, as implicações em questão neste campo de forças. Apostamos, em concordância com L’Abbate (2004, p. 82), que os analisadores farão a

inversão epistemológica nesta pesquisa, produzindo “[...] uma união entre a análise e o fenômeno que a engendra, provocando assim uma inversão da relação entre o objeto real e o objeto de conhecimento, na medida em que eles não são mais considerados como entidades separadas”.

A análise das implicações por meio dos analisadores que emergiram na situação de pesquisa poderá ser conferida em vários pontos do texto. Entretanto, dada sua importância para esta pesquisa, dedicamos o último capítulo⁵¹ integralmente a esse fim, quando exploraremos mais o tema.

4.7 Devolução dos resultados

Em dezembro de 2011, um ano após a realização das entrevistas e grupos focais, as respectivas transcrições foram devolvidas, por e-mail, a todos aqueles que desejaram. Solicitamos que lessem a transcrição e indicassem qualquer retificação necessária, dando oportunidade para que manifestassem a discordância sobre a utilização do material na pesquisa. Solicitaram a devolução da transcrição quatro gestores entrevistados (a única a não solicitar foi a pesquisadora), seis participantes do grupo focal misto, quatro participantes do grupo focal com ACSs, dois participantes do grupo focal com médicos, dois participantes do grupo focal com apoiadores e nenhum participante do grupo focal com enfermeiros. Desse total de dezoito participantes, apenas um (gestor) respondeu ao e-mail, dizendo de sua concordância quanto à transcrição.

No dia 10 de setembro de 2012, os resultados foram devolvidos aos participantes presentes no auditório da Prefeitura Municipal de Santa Luzia. Os participantes foram convidados com oito dias de antecedência, por telefone, pessoalmente ou por e-mail. Compareceram 35 pessoas, entre trabalhadores das ESFs, apoiadores, gestores e pesquisadores (além da pesquisadora, um membro do NUPESC, que auxiliou na análise dos dados, e a entrevistadora A). A devolução foi gravada, mediante autorização de todos, para que se pudesse recorrer, posteriormente, a algum dado novo para ser acrescentado na pesquisa.

⁵¹ Ver capítulo 7: “Alguns analisadores da implicação de apoiadores e trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família no AMSM”.

Nessa ocasião, tivemos a oportunidade de integrar os presentes no processo de análise dos dados e discutir os principais resultados, mantendo uma dinâmica de troca de saberes e coparticipação no processo de conhecimento (ASSIS *et al.*, 2008). A apresentação ficou a cargo da pesquisadora, que cuidou de esclarecer dúvidas e negociar interpretações, usando equipamento multimídia para ajudar a audiência a ter conhecimento de fragmentos das entrevistas e grupos focais e provocar debates. Os presentes agregaram novas interpretações dos dados e tanto reforçaram quanto questionaram outras. Dois tipos de questionamento nos chamaram a atenção. Em um deles, um dos participantes disse que a realidade retratada não era idêntica em todas as ESFs, o que é esperado. Em outro, o participante disse não concordar com uma fala de um trabalhador que participou de um grupo focal diferente do dele e contou por que discordava, apontando qual o encaminhamento adequado na situação em questão. A pesquisadora perguntou, tentando explorar mais sua fala dissonante: “Então é assim que funciona?” E ele respondeu: “É assim que tem que ser!”, demonstrando claramente a divisão que pode se estabelecer entre o que se idealiza sobre o trabalho e o que se pratica. O conteúdo das observações dos participantes foi integrado aos resultados apresentados aqui, quando oportuno, sendo identificado como um novo dado, coletado na devolução da pesquisa aos participantes. Ao longo da devolução, os trabalhadores e apoiadores aproveitaram para fazer sugestões aos gestores presentes.⁵²

A seguir, apresentamos os resultados da pesquisa, com base na análise dos grupos focais e entrevistas, além da consulta aos documentos e diário de pesquisa, à luz do referencial da Análise Institucional de René Lourau e da literatura pertinente ao tema.

⁵² Após a defesa da tese, produziremos um relatório para a gestão municipal, além de artigos para publicações científicas.

5 HISTÓRICO DA IMPLEMENTAÇÃO DO APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL EM SANTA LUZIA: FATOS E ANÁLISE DA SUA FUNDAÇÃO INSTITUCIONAL

[...] enunciar não é denunciar, exceto se nós nos desimplicamos, se nós nos abstraímos da situação, segundo a postura clássica da objetividade.⁵³ (LOURAU, 1996, p. 15)

Considerando-se o AMSM a instituição na qual os atores participantes desta pesquisa estão implicados, descrevemos, a seguir, a implementação dessa estratégia no município de Santa Luzia. O objetivo é expor injunções e interstícios que colaboram no contorno das diferentes modalidades de implicação dos diversos segmentos institucionais.

Iniciamos com uma breve exposição sobre o município de Santa Luzia e apresentamos, a seguir: antecedentes históricos da articulação entre a Estratégia de Saúde da Família e Saúde Mental em Santa Luzia (junho de 1997 a agosto de 2006); a primeira fase do AMSM (agosto de 2006 a agosto de 2007) – restrita aos médicos; um preâmbulo sobre a discussão e a pactuação que precederam a segunda fase (agosto de 2007 a abril de 2012), – da qual participaram outros profissionais – seguida de seu detalhamento; e breve descrição da terceira fase, atual (desde abril de 2011), quando o AMSM foi absorvido pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) do município. Finalmente, apresentamos uma análise das vicissitudes no processo de institucionalização do AMSM, aprofundando-nos no ato fundador (LOURAU, 1981). Das três fases, a segunda revela o contexto da época da coleta de dados por meio de entrevistas e grupos focais e constitui o contexto central da análise institucional proposta.

Esse histórico é um relato da trajetória do AMSM em Santa Luzia, baseada em documentos existentes (como atas e relatórios) e testemunhos dos participantes desse processo e desta pesquisa. Considerando que para conhecer/intervir em uma instituição é preciso trabalhar com base no que nos liga a ela, ou seja, nossa implicação (ROMAGNOLI, 2012), narramos esse histórico baseando-nos na “liga” que alimentou nossa participação nesse (con)texto: minha/nossa implicação.

⁵³ Do original: *Enoncer n'est pas dénoncer, sauf si l'on se désimplique, si l'on s'abstrait de la situation, dans la posture classique de l'objectivisme* (LOURAU, 1996, p. 15).

5.1 Cenário: o município de Santa Luzia

A origem de Santa Luzia remonta o ciclo do ouro em Minas Gerais, ao final do século XVII, época em que havia atividade de garimpo às margens do Rio das Velhas, local de seu primeiro povoado. Em 1842, foi campo da batalha final da Revolução Liberal, entre as tropas de Duque de Caxias (governista) e Teófilo Otoni (liberalista), defensor da descentralização do poder e autonomia das províncias,⁵⁴ que foi vencido.

Município pertencente à região metropolitana de Belo Horizonte-MG, Santa Luzia conta com 202.942 habitantes⁵⁵ em uma área de 235 km² e subdivide-se em Parte Alta, Parte Baixa, Distrito São Benedito, Distrito Industrial Simão da Cunha e Zona Rural.

Verifica-se a maior concentração populacional no Distrito São Benedito, afastado 8 km do centro do município, que começou a ser povoado na década de 1950 e conta hoje com grandes conjuntos habitacionais (Cristina e Palmital) e maior atividade comercial. A maioria das UBS, apoiadas pela equipe matricial em saúde mental, encontram-se nessa área.

5.2 A (des) articulação entre a Estratégia de Saúde da Família e Saúde Mental em Santa Luzia (junho de 1997⁵⁶ a agosto de 2006)

Antes da implantação do AMSM em Santa Luzia, a articulação entre a Estratégia de Saúde da Família e a SM era extremamente distante do que poderíamos considerar uma rede de produção de saúde. (BRASIL, 2009). Índícios de sua precariedade podiam ser identificados no fluxo de guias de referência e contrarreferência, que nem sempre retornavam ao profissional da ESF que as despachava, via malote, para o serviço de saúde mental, o mesmo ocorrendo na direção inversa.

⁵⁴ Cf. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), referente ao de 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=315780#>>. Acesso em: 31 maio 2012.

⁵⁵ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), referentes ao ano de 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=315780#>>. Acesso em: 1º jun. 2012.

⁵⁶ Aprovação da implementação do Programa de Saúde da Família. Santa Luzia. Secretaria de Saúde. Ata de Reunião do Conselho Municipal de Saúde, 26 de junho de 2007.

Essa situação atingiu um nível alarmante em meados de 2005, quando o número de guias de referência e contrarreferência encaminhadas ao ambulatório de SM, único equipamento de assistência especializada em SM naquela época,⁵⁷ chegou a atingir 1.200 em um único mês. Como as vagas para consulta para novos usuários era infinitamente inferior à demanda, a triagem era feita, em geral, pela coordenadora de SM, tomando por base o motivo do encaminhamento contido na guia de referência, sem a presença do usuário. Quando o caso descrito não era considerado grave para que o usuário fosse recebido no serviço de saúde mental, a coordenadora ou profissional da equipe de SM preenchia a guia de contrarreferência, mencionando apenas que ele não se enquadrava nos critérios de gravidade priorizados⁵⁸ – o que acontecia na maior parte das vezes – e a despachava, também via malote, para a Estratégia de Saúde da Família. Ainda assim, as agendas lotadas e problemas estruturais inviabilizavam tratar de forma mais próxima os usuários mais graves, o que resultava em internações em hospitais psiquiátricos de Belo Horizonte que poderiam ser evitadas. O ambulatório em questão fazia ecoar todas as críticas que a Reforma Psiquiátrica havia construído sobre esse modelo assistencial estruturado em especialidades, que se fundamentava na desterritorialização, reduzido à oferta de atendimentos tradicionais (GAMA; ONOCKO CAMPOS, 2009). Além disso, a prática do acolhimento era uma realidade distante.

Com a enorme demanda reprimida e a priorização de casos graves para atendimento ambulatorial na SM, tornou-se necessária uma parceria fora dos muros desse ambulatório que possibilitasse o acompanhamento das pessoas com transtornos mentais leves e moderados, como alguns ansiosos, deprimidos, etc., o mais próximo possível de suas residências.

⁵⁷O ambulatório de saúde mental existia desde 1992, tendo funcionado por 13 anos dentro de uma Policlínica Municipal. Em seu primeiro ano de funcionamento, contava com quatro psicólogas e um psiquiatra, aprovados em concurso público para as respectivas funções. Em 2005, já em prédio próprio, o ambulatório continuava sendo o único equipamento em saúde mental, embora sua equipe tivesse sido reformulada e aumentada, reunindo outros psicólogos, psiquiatras e também uma enfermeira.

⁵⁸Em geral, os critérios adotados eram risco para si (usuário) ou terceiros; agitação psicomotora; usuários egressos de internações psiquiátricas.

5.3 A primeira fase do Apoio Matricial em Saúde Mental de Santa Luzia: agosto de 2006 a agosto de 2007

Impactada pela falta de articulação entre a equipe de SM e Saúde da Família e, sobretudo, pela necessidade de diminuir a procura do ambulatório de saúde mental, a equipe de saúde mental passou a pensar na possibilidade de contribuir para maior autonomia dos trabalhadores das ESFs na abordagem de pessoas com transtornos mentais leves e moderados. A necessidade de uma formação permanente foi se desenhando ao longo das discussões sobre a metodologia do apoio matricial, estratégia que o grupo conheceu em documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a) e algumas experiências relatadas em eventos da área de saúde mental.

Como ponto de partida, foram elaboradas capacitações em saúde mental, consideradas o primeiro movimento de aproximação entre as ESFs e a equipe de SM no município. Primeiramente, foram realizados três seminários para médicos e enfermeiros, com os seguintes temas, em ordem cronológica: História e contextualização da Reforma Psiquiátrica Brasileira; Nosologia dos transtornos mentais e Tratamento dos transtornos mentais. Em seguida, os seminários foram adaptados e estendidos aos ACSs. Além de uma breve contextualização da Reforma Psiquiátrica e de uma apresentação geral sobre os transtornos mentais, foram discutidas ações que poderiam ser desenvolvidas pelas ESFs, mais especificamente pelos ACSs, com esses usuários, tais como iniciativas favorecedoras da reinserção social.

Foi fundamental, para a qualificação do projeto de saúde mental, a oportunidade de dialogar com os ACSs, trabalhadores com potencialidades clínicas ampliadas em relação às clássicas modalidades de atendimento ambulatorial. Um dos frutos desse trabalho foi a parceria entre equipe de saúde mental e os ACSs para a elaboração de um catálogo de recursos socioculturais do município, identificados pelos próprios ACSs, o qual poderia ser uma referência para organizar a composição dos projetos terapêuticos de usuários. Essa construção se deu ao longo de alguns meses, paralelamente a discussões sobre a ampliação da clínica na Estratégia de Saúde da Família.

A aproximação entre as ESFs e equipe de SM serviu de ocasião para que se propusesse um novo modelo de atenção aos usuários com transtornos mentais, estruturado em redes de cuidado. Considerando-se a rede disponível no município e a recomendação do MS de que o AMSM fosse ofertado pelos trabalhadores do CAPS (BRASIL, 2004a), projetou-se o

arranjo “Equipe de Referência e Apoio Matricial” para Santa Luzia (CAMPOS, 1999). Depois de formulada uma primeira proposta de trabalho, essa foi aprovada pela coordenação da Saúde da Família e colocada em prática em agosto de 2006, considerada início da primeira fase do AMSM em Santa Luzia e que durou até agosto de 2007.

Nessa fase, tomando por base o critério de proximidade geográfica, as 41 equipes de Saúde da Família do município foram divididas em cinco microáreas, as quais continham aproximadamente oito equipes. Cada microárea recebia apoio matricial de um dos psiquiatras da equipe de saúde mental dos CAPSs, em sua sede, em geral a UBS que tinha maior capacidade estrutural para reunir o maior número de pessoas. Cada encontro tinha duração de quatro horas, ocorrendo a cada 40 dias. Era um encontro exclusivamente entre médicos – generalistas e psiquiatras – cujo foco de discussão estava nas questões relativas ao diagnóstico e à medicação dos usuários. Naquele momento, a equipe matricial não contava com equipe exclusiva para a função matricial nem coordenação técnica.

Apesar da importância da iniciativa, alguns problemas foram detectados no modelo dessa primeira fase: a necessidade de deslocamento da maior parte dos trabalhadores para a UBS na qual ocorria o encontro, o que diminuía a adesão à reunião; o agrupamento de trabalhadores de diferentes ESFs, os quais vivenciavam e discutiam realidades diversas que muitas vezes não interessavam aos demais; o grande intervalo entre os encontros, resultando em menor possibilidade de acompanhamento dos casos; a não inclusão de outros profissionais que protagonizam ações de saúde mental, tanto das ESFs quanto da equipe de SM. Isso culminava em uma discussão médico-farmaco-centrada, com incipiente problematização de outros aspectos envolvidos, como os aspectos psicossociais, apesar de o SUS incluir como uma de suas bases a integralidade do cuidado.

Em avaliação dessa fase do AMSM em Santa Luzia, Andrade (2008) constata que tanto os trabalhadores das ESFs quanto os apoiadores julgaram o trabalho inicial como pouco efetivo e insuficiente, comparado ao realizado em seguida e referido como a segunda fase do apoio matricial. Entretanto, a autora destaca que o caráter inovador da experiência no município e sua busca por maior integração entre as ESFs e a SM foram avanços na atenção à SM, no município.

É importante destacar que, paralelamente ao final dessa etapa e como fruto das discussões realizadas sobre o modelo em vigência, os enfermeiros, ACSs e outros profissionais de saúde mental passaram a participar das reuniões matriciais, embora tenha havido poucos encontros antes do encerramento dessa primeira fase.

5.4 A preparação para a segunda fase do Apoio Matricial em Saúde Mental: a gênese de um modelo e sua pactuação (agosto de 2007 a novembro de 2007)

Em agosto de 2007, foi designada uma coordenadora para o AMSM,⁵⁹ cuja primeira providência foi interromper temporariamente as atividades matriciais para estruturar, junto com uma nova equipe⁶⁰ – escolhida por ela com base em critérios de experiência e afinidade – , um novo projeto, depois de avaliadas as deficiências da experiência anterior. O momento era de reformulação geral do modelo de atenção em SM de Santa Luzia, e acolhimento, permanência-dia, oficinas terapêuticas e o atendimento a crises e urgências em SM passaram a ser ofertados, estratégias condizentes com um serviço que se preparava para se transformar em CAPS II.⁶¹

Segundo registros (Atas de reunião da equipe matricial de 25 de agosto e 1º de setembro de 2007),⁶² a equipe matricial começou a se reunir para estudar e construir seu projeto alguns meses antes de iniciar o trabalho com as ESFs, em novembro de 2007. Como os trabalhadores que passaram a compor a equipe matricial vinham do CAPS e tinham plantões ou atendimentos pré-agendados durante a semana, a equipe começou reunindo-se aos sábados, na casa de um dos integrantes da equipe, até que o término das atividades pré-agendadas permitisse aos profissionais e coordenadora dedicação exclusiva à empreitada. Nesses encontros, foram discutidos documentos do MS, textos e artigos sobre o Apoio Matricial; aprovada a criação de um email coletivo para o grupo, intitulado “matrixsl”;⁶³ elaborado o projeto do AMSM e cogitada uma supervisão da proposta por um consultor, discutindo-se, ainda, a estratégia de articulação com a ESF para o início dos trabalhos.

⁵⁹Assumida pela pesquisadora – ver capítulo de Introdução (Nota preliminar sobre o sujeito pesquisador).

⁶⁰ Foi necessário escolher alguns psiquiatras que tinham interesse em continuar a matriciar, porém de forma exclusiva, entre o conjunto de psiquiatras do CAPS que eram responsáveis pelo matriciamento na primeira fase. Compunham a equipe, ainda, os estagiários de Psicologia que se formariam em breve e que, junto com a coordenadora (ex-professora), haviam construído, junto com os ACSs, o Catálogo de Recursos Socioculturais de Santa Luzia, já referido. Pouco depois se juntou ao grupo uma psicóloga indicada pela Secretaria de Saúde.

⁶¹ Embora o credenciamento do CAPS II tenha sido aprovado apenas em junho de 2009 (Portarias GM nº 1.192, 1.193 e 1.194 de 4 de junho de 2009, *Diário Oficial da União*), naquela época, a equipe já havia adotado um processo de trabalho como tal. Já em setembro de 2009, o CAPS II passou por novas reformulações e foi credenciado como CAPS III. O serviço infanto-juvenil, por sua vez, só passou a contar com a permanência-dia e a atender urgências em 2008.

⁶² SANTA LUZIA. Secretaria de Saúde. **Ata de reunião da equipe matricial**, de 25 de agosto e 1º de setembro de 2007.

⁶³O domínio existe até os dias de hoje e é usado amplamente para comunicação entre a coordenação e os apoiadores e entre os apoiadores, englobando atualmente todas as equipes dos NASFs de Santa Luzia.

A nova equipe passou a trabalhar exclusivamente no AMSM e contava, então, com três psiquiatras (dois com carga horária de 16 horas e outro, de 8 horas), uma psicóloga (20 horas) e duas estagiárias de Psicologia (20 horas), uma das quais se formou em 2008 e foi contratada como psicóloga.

Durante os primeiros meses, a equipe estudou⁶⁴ e teve experiências com saúde mental na APS, além de tomar conhecimento de aspectos epidemiológicos em SM referentes ao município, como distribuição de usuários egressos de hospitais psiquiátricos da capital por ESF. No final desse período de estudos e levantamentos, houve a supervisão de um consultor técnico, que era vinculado ao MS e já havia prestado consultoria à equipe de SM de Santa Luzia. Ele ajudou a concluir o esboço do projeto do AMSM que seria apresentado aos gestores, ESFs e Conselho Municipal de Saúde.

No projeto, foram estipulados como objetivos do AMSM em Santa Luzia:

melhorar a articulação da saúde mental com as equipes de saúde da família, para potencialização do processo de trabalho e respostas para usuários (fortalecimento da perspectiva do trabalho em rede); consolidar o processo de trabalho em equipe e abordagem dos usuários com base em Projetos Terapêuticos que tomem como referência o exercício de uma Clínica Ampliada; incentivar uma produtividade baseada na qualidade e estabelecimento de um cuidado eficaz (SANTA LUZIA, 2007).

Foram ainda identificadas as seguintes metas iniciais:

promover integração de trabalhadores/equipes em torno de casos; construir protocolo com critérios e fluxo de clientela entre a saúde mental e as equipes de saúde da família; disparar atividades e projetos intersetoriais, articulações e parcerias nos territórios; capacitar as equipes de saúde da família para realizarem o acompanhamento de usuários com transtornos mentais leves a moderados (SANTA LUZIA, 2007).

E foram propostas as seguintes metas finalísticas:

substituir a lógica da referência e contra-referência pela lógica da corresponsabilização, coparticipação, cooperação, codecisão e cogestão; estabelecer projetos terapêuticos para os usuários considerando suas necessidades 'ampliadas' e prevendo os diferentes tipos de recursos conforme essas necessidades singulares (de cada paciente/família); ajudar a viabilizar a reinserção social dos usuários portadores de transtorno mental; reduzir as internações, reinternações e atendimentos externos de usuários luzienses nos hospitais psiquiátricos da capital; inibir o aumento do número de usuários crônicos de ansiolítico e/ou antidepressivo; contribuir para a

⁶⁴ Destaques para o livro organizado por Lancetti (2000); artigos de Campos (1998; 1999), Campos e Domitti (2007) e textos do MS (BRASIL, 2004a; 2004b; 2007).

diminuição das reclamações das equipes de saúde mental e saúde da família acerca de problemas na condução dos casos; ajudar na promoção da qualidade de vida e inclusão sociocultural (SANTA LUZIA, 2007).

Com base nas orientações do MS para organização das ações de saúde mental na atenção básica (BRASIL, 2004a), foram estipuladas estratégias para fomentar a corresponsabilização pelos casos, quais sejam: discussões conjuntas de caso e atendimentos e visitas domiciliares realizados em conjunto (equipe matricial e de saúde da família). A fim de reiterar o caráter pedagógico do AMSM, ficou estabelecido que a equipe matricial não faria atendimentos compartilhados sem que um integrante da ESF estivesse presente (Ata de reunião da equipe matricial de 7 de novembro de 2007).⁶⁵

Com o intuito de privilegiar o acompanhamento mais próximo de cada ESF, foram propostos encontros quinzenais com cada equipe, com duração de duas horas. Em avaliação do trabalho matricial em Santa Luzia, Andrade (2008) afirma que a proximidade das reuniões matriciais e sua realização na própria unidade de saúde foram destacadas de forma positiva pelos profissionais em comparação com a primeira fase do AMSM.

Como não havia um número suficiente de apoiadores para dar cobertura matricial a todas as 41 ESFs,⁶⁶ propôs-se, como projeto piloto, o apoio a 20 delas, privilegiando áreas com maior vulnerabilidade em saúde mental. A intenção era começar o trabalho com os profissionais de SM disponíveis, até que se pudesse ampliar a equipe. Certamente um projeto piloto poderia constituir boa oportunidade para testar o modelo proposto, tendo a possibilidade de aperfeiçoá-lo de acordo com a demanda, antes de estendê-lo a todas as equipes, guardadas as diferenças locais.

Como critérios de seleção das 20 primeiras equipes matriciadas, foram considerados: número de pacientes encaminhados ao então ao serviço de saúde mental nos quatro últimos meses (abril a julho de 2007);⁶⁷ região de vulnerabilidade social, identificada com base no número de homicídios e suicídios entre 2000 e 2005 e na percepção das equipes e gestores; número de internações, reinternações e atendimentos externos de usuários adscritos nos hospitais psiquiátricos conveniados ao SUS (2006 a abril de 2007). Os dados obtidos foram

⁶⁵ SANTA LUZIA. Secretaria de Saúde. **Ata de reunião da equipe matricial**, de 25 de agosto e 1º de setembro de 2007.

⁶⁶ As 41 equipes existentes eram distribuídas em 24 UBSs e compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (além de pessoal administrativo e de limpeza) e cobriam, então, 51% do território de Santa Luzia.

⁶⁷ Dados anteriores indisponíveis.

cruzados por ESF, para identificar aquelas cujas áreas de abrangência eram mais vulneráveis quanto à saúde mental.

Após esse processo e antes de dar início ao trabalho conjunto, o projeto foi discutido em várias etapas. Primeiramente, a equipe de saúde mental se reuniu com a coordenação municipal de saúde mental, o coordenador da Estratégia de Saúde da Família e o secretário municipal de saúde, em momentos distintos ou conjuntamente. O contato com o coordenador da Estratégia de Saúde da Família, por exemplo, se deu apenas em 17 de outubro de 2007, em reunião à qual compareceram, além dele, as coordenadoras da SM e do AMSM e alguns apoiadores, e foi centrada na apresentação do projeto de trabalho, que não foi modificado em nenhum ponto. Nesse encontro, foi acordada a participação desse coordenador na reunião de apresentação da proposta para as ESFs, o que se apresentou como uma nova abertura para o seu desenvolvimento.

Na reunião de devolução da pesquisa para os participantes, ocorrida em 10 de setembro de 2012, um dos gestores reiterou que o projeto do AMSM já estava pronto quando foi apresentado à então coordenação da Saúde da Família. Segundo ele, essa situação foi possibilitada pela retaguarda política do secretário de Saúde para planejamento e implantação da estratégia matricial, o qual tinha grande respeito pelo trabalho desenvolvido na SM e ainda tinha laços familiares com a então coordenadora de SM. Acrescenta que percebeu pouca disposição da coordenação da Estratégia de Saúde da Família para discussão da proposta.

Assim, não se pode dizer que a proposta inicial tenha sido uma construção coletiva entre a Estratégia de Saúde da Família e a SM, ato fundador (LOURAU, 1981) que marcou a institucionalização do AMSM em Santa Luzia, mas que foi sendo ressignificado e sobrescrito na história de tensionamentos entre os atores neste campo.

De volta à fase de discussão do projeto matricial ocorrida em 2007, em uma segunda etapa, o projeto de AMSM foi apresentado e discutido com um representante de cada uma das 20 ESFs priorizadas. O objetivo era investigar o desejo e a disponibilidade da equipe para o AMSM e, nos casos favoráveis, acertar detalhes práticos. Das 20 equipes representadas, apenas uma teve de ser substituída por impossibilidade de conciliação de agenda entre as equipes envolvidas (Ata de reunião da equipe matricial, 21 de novembro de 2007).⁶⁸ Paralelamente, foram enviadas correspondências a cada uma das equipes que não foram

⁶⁸SANTA LUZIA. Secretaria de Saúde. **Ata de reunião da equipe matricial**, 21 de novembro de 2007.

priorizadas naquele primeiro momento, explicando os critérios usados para escolha das equipes iniciais.

Por último, foi realizado um seminário de abertura do AMSM com todos os trabalhadores das ESFs contempladas nesse primeiro momento, quando o projeto do AMSM foi apresentado. Nessa ocasião, as ESFs apresentaram dúvidas quanto ao objetivo do matriciamento, indagando se a finalidade era apenas a diminuição dos encaminhamentos para o serviço de saúde mental, o que foi assumido como um dos objetivos, além dos outros identificados no projeto apresentado. Outras ESFs relataram dificuldades quanto ao horário matinal do matriciamento, que coincidia com o período de maior procura de atendimento nas UBSs. Foi lembrado que o horário de matriciamento já havia sido discutido com representantes de cada uma das ESFs e que, depois de aprovado o quadro de horários, a única possibilidade seria a troca de turno com alguma outra equipe, caso algumas delas se dispusesse. Foi lembrado, entretanto, que a maioria das UBSs tinha mais de uma ESF e que a outra equipe poderia ficar de retaguarda para a equipe que estivesse reunida com os apoiadores. Sugeriu-se, ainda, que no turno de matriciamento da respectiva equipe fosse diminuído o número de fichas de atendimento distribuídas aos usuários – prática instituída na maior parte das ESFs.

Finalmente, foi questionada a periodicidade quinzenal dos encontros matriciais, considerada insuficiente. A coordenadora do AMSM justificou que o a estratégia era financiada exclusivamente com recursos municipais e que não havia verba para a contratação de mais profissionais no momento ou mesmo para a ampliação da carga horária daqueles em atuação. Além disso, considerou ser aquele um projeto piloto, o qual poderia ser modificado futuramente, mas assinalou o avanço em relação à periodicidade dos encontros, comparado ao formato anterior que era a cada 40 dias (Relatório do encontro para apresentação da proposta do AMSM para os trabalhadores das ESFs, 7 de novembro de 2007).⁶⁹

Nesses encontros, esclareceu-se, portanto, que os objetivos do AMSM continham premissas que diziam respeito ao desejo de melhorar as condições de cuidado para os usuários com transtornos mentais do município, de forma vinculada a uma mudança na gestão desse cuidado, seu mito fundador mais importante. A adoção do novo arranjo de gestão – equipe de referência e apoio matricial – era, portanto, uma aposta no aumento do grau de autonomia de trabalhadores das ESFs, racionalizando o acesso dos usuários ao recurso especializado dos

⁶⁹PENIDO, C. M. F. **Relatório**. [Documentação da autora], 7 de novembro de 2007.

CAPSs, graças à ampliação da clínica praticada na APS e a retaguarda dos psiquiatras e psicólogos, que naquela época ainda não era vislumbrada para além das práticas de atendimentos e visitas compartilhados.

Após as reuniões com os diversos segmentos institucionais envolvidos e a confirmação da agenda de trabalho com os representantes de cada ESF, as reuniões de matriciamento em seu novo formato foram iniciadas em 12 de novembro de 2007.

5.5 A segunda fase do Apoio Matricial em Saúde Mental: o novo modelo (novembro de 2007 a abril de 2011)

Em geral, o AMSM é ofertado por equipes compostas por um psiquiatra, um psicólogo e um estagiário de Psicologia, os quais vão quinzenalmente às UBSs.⁷⁰ Durante o período de duas horas, apoiadores e trabalhadores das ESFs discutem casos e podem fazer atendimentos e visitas domiciliares conjuntos, de acordo com a necessidade.⁷¹ Além das ESFs, a APS de Santa Luzia conta, também, com os chamados *médicos de apoio*, generalistas que eventualmente trabalham nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), atendendo à mesma clientela dos médicos de saúde da família, mas sem integrarem as ESFs, além de alguns médicos especialistas, como cardiologista, pediatra, e ginecologista, que atendem em algumas dessas unidades. Apenas os trabalhadores que integram as ESFs participam do AMSM.

Além desse apoio em saúde mental às ESFs, a rede substitutiva ao hospital psiquiátrico em Santa Luzia inclui um Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III), seis leitos psiquiátricos para pernoite em hospital geral, um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) e dois Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs).

A equipe dos CAPSs é composta de 11 psiquiatras, 1 clínico geral, 14 psicólogos, 2 terapeutas ocupacionais, 4 assistentes sociais, 8 enfermeiros e 28 técnicos de enfermagem, além de pessoal administrativo, gerentes e coordenadores técnicos para cada um deles.

⁷⁰Em 2009, a equipe matricial passou a contar com a seguinte formação: três psiquiatras, três psicólogas e dois estagiários de psicologia (aumentando para três em 2010).

⁷¹A esse respeito, conferir, adiante, o capítulo “Aspectos da implicação de apoiadores e trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família no Apoio Matricial em Saúde Mental”.

Os matriciadores se constituem em equipes itinerantes que trabalham exclusivamente no AMSM às ESFs.⁷² Manteve-se, durante toda esta fase, uma reunião semanal de toda a equipe matricial, durante três horas, com a coordenadora da estratégia. O principal objetivo com a reunião foi dar suporte aos apoiadores, ajudando-os a analisar e gerir o próprio processo de trabalho, por meio de um questionamento coletivo da prática.

Durante a segunda fase, foi convidada uma psicóloga, com formação e experiência de trabalho com grupos, para coordenar a implantação dessa estratégia no contexto do AMSM, a qual ficaria a cargo das psicólogas da equipe. O objetivo era atender pessoas com transtornos mentais não inseridas nos CAPSs. Em relatório avaliativo de quatro experiências em diferentes UBSs, a coordenadora das atividades mencionou a baixa adesão dos usuários. Descobriu-se que os convites para os grupos, os quais tinham ficado a cargo dos ACSs, muitas vezes nem chegavam a ser entregues aos usuários. Concluiu-se que a atividade não tinha sido suficientemente discutida e pactuada com as ESFs, a qual não havia se sensibilizado para a importância da estratégia.⁷³

Ainda nessa segunda fase, foi iniciado, em algumas ESFs, um projeto piloto de retaguarda assistencial, prestada pelos psicólogos, para casos cuja prioridade era determinada coletivamente durante reunião matricial na UBS. Tais atendimentos eram feitos em horários diferentes das reuniões, na própria UBS ou na casa do usuário, quando necessário. Não havia transporte da prefeitura para o deslocamento dos trabalhadores; cada um se locomovia por conta própria, o que gerava dificuldades.

Afora a avaliação psiquiátrica no contexto da terapêutica medicamentosa, psiquiatras e psicólogos podem desempenhar as mesmas funções durante os encontros matriciais. Entretanto, quando se trata de retaguarda assistencial, apenas os psicólogos voltam outras vezes a determinadas UBSs para atendimento de alguns usuários. Isso se explica não somente pela maior carga horária disponível, no caso dos psicólogos, mas também pela maior valorização da hora de trabalho dos psiquiatras, o que dificulta a ampliação de sua carga horária para além do horário de reunião matricial.

Os estagiários de Psicologia que integram a equipe matricial são bolsistas remunerados exclusivamente pela Prefeitura Municipal de Santa Luzia. Eles contam com duas supervisões, uma a cargo da professora coordenadora do estágio (PUC Minas) e a outra a

⁷² Com exceção de um psiquiatra que integrava a equipe matricial quando da coleta de dados e tinha um plantão noturno semanal no CAPS III.

⁷³ As atividades coletivas com os usuários só foram retomadas com a participação de outros profissionais, após a inauguração do NASF, tendo como foco a Promoção da Saúde.

cargo da coordenadora do AMSM (ex-professora da PUC Minas e responsável pela implantação do estágio de psicologia em convênio com a PUC Minas em Santa Luzia). O estagiário de Psicologia tem função diferenciada em relação aos demais integrantes da equipe: cabe-lhe conhecer e manusear as fontes escritas sobre a história do usuário (prontuário) disponíveis nos CAPSs. Assim, fora do horário da reunião matricial, ele realiza pesquisa de prontuário sobre casos de usuários discutidos com a ESF no momento da reunião, sendo ele o responsável por atualizar os trabalhadores de ambas as equipes participantes sobre a história e o deslocamento do usuário pelos equipamentos da rede, já que o município não conta com prontuário eletrônico. Espera-se que ele possa saber transmitir tal história no contexto de equipes multiprofissionais, o que colabora para a aprendizagem do diálogo e da argumentação com os profissionais sobre o usuário em pauta. Por contrato, os estagiários permanecem na função por, no máximo, um ano (seis meses, renovável por mais seis meses). Assumem, também, outras funções, como a observação do processo de trabalho matricial e sua problematização. Espera-se que, por sua posição e funções diferenciadas, o estagiário possa colaborar na produção de questionamentos reveladores de entraves no processo de trabalho e na formulação de arranjos que tornem o trabalho mais potente.

A equipe matricial – inclusive os estagiários – está cadastrada no CAPS III, o que significa que o pagamento de seus salários é lançado no custo da Saúde Mental. O CAPS III disponibiliza uma sala de reuniões para a equipe matricial, que, além da reunião semanal com a coordenação, frequenta parte das reuniões do CAPS III ou do CAPSi. No caso do CAPS III, a frequência é regular e, no CAPSi, esporádica. Nessas ocasiões, o fluxo entre CAPSs e ESFs é discutido, principalmente, com base em duas situações: casos de usuários que tiveram alta dos CAPSs e que serão endereçados à ESF de referência – casos em que a equipe matricial se responsabiliza por discutir com a respectiva ESF no matriciamento seguinte – ou casos que são referenciados apenas pela ESF, com o apoio da equipe matricial, e que, na reunião de matriciamento na UBS, decidiu-se ser necessário retornarem ou serem inseridos em um dos CAPSs. Muitas vezes, os casos discutidos pelos matriciadores, tanto com as ESFs quanto com as equipes dos CAPSs, possibilitam a revisão e readequação do processo de trabalho das equipes.

Até julho de 2009, o AMSM foi ofertado a 21⁷⁴ das 41 equipes de Saúde da Família existentes naquele momento em Santa Luzia. Entretanto, durante a segunda fase, a cobertura

⁷⁴ Embora a segunda fase tenha sido iniciada com a cobertura de 20 equipes pelo AMSM, alguns meses depois foi incluída mais uma equipe.

do AMSM foi ampliada por duas vezes: em julho de 2009 (mais oito equipes) e em abril de 2010 (mais três equipes). Dessa forma, o AMSM se estendeu a um total de 32 ESFs (78% do total) até o final da segunda fase. As equipes não matriciadas discutiam as questões de saúde mental relativas aos usuários de sua área por contato telefônico com as equipes dos CAPSs, geralmente pelo enfermeiro ou médico da ESF.

Quando da publicação da Portaria nº 154, do Ministério da Saúde, em janeiro de 2008, as coordenações do AMSM, de SM e do Planejamento do município, juntamente com o secretário municipal de Saúde, redigiram um projeto para a implantação de cinco NASFs em Santa Luzia, o qual foi submetido ao Conselho de Saúde e à Secretaria Estadual de Saúde (SES-MG).⁷⁵ O objetivo era assegurar que o AMSM fosse inserido nos NASFs e passasse a contar com verba federal para sua manutenção, evitando incertezas que, vez por outra, sopravam no cenário municipal, o que se agravou ao final de 2010, inclusive com demissões de funcionários de várias áreas da saúde.⁷⁶ Porém, o projeto dos NASFs só saiu do papel no final desta segunda fase, o que automaticamente precipitou a absorção do AMSM pelos NASFs, conforme veremos a seguir.

5.6 A terceira fase do Apoio Matricial em Saúde Mental e a sua absorção pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) de Santa Luzia (abril de 2011 em diante)

Em 2010, o projeto dos cinco⁷⁷ NASFs de Santa Luzia foi aprovado⁷⁸ e encaminhado ao MS, e suas atividades foram iniciadas em 1º de abril de 2011. As equipes contam com fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais e farmacêuticos, além dos profissionais de saúde mental (psicólogos e psiquiatras),⁷⁹ todos em regime de contrato. No momento, há um

⁷⁵ Conforme orientação da Portaria nº 154, do Ministério da Saúde.

⁷⁶ Nenhum dos apoiadores matriciais é funcionário efetivo da Prefeitura Municipal de Santa Luzia, situação que se estende a toda a equipe de Saúde Mental de Santa Luzia. Isso se deve ao fato do último concurso público que empossou funcionários na área da Saúde ter ocorrido em 1992.

⁷⁷ Número obtido de acordo com a fórmula proposta pelo MS para cidades com mais de 100 mil habitantes: número de ESF do município (41, no caso) dividido por 8 (BRASIL, 2008).

⁷⁸ CIB-SUS/MG nº 679, de 14 de junho de 2010.

⁷⁹ Todos os NASFs são do tipo NASF 1, cada qual devendo contar com no mínimo cinco profissionais de nível superior entre os elencados na Portaria do MS (à época, a nº 154 – atualmente substituída pela Portaria nº 2.448): médico acupunturista; assistente social; profissional da educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; e terapeuta ocupacional (BRASIL, 2008). Conforme a Portaria nº 154, tal composição é definida pelos gestores municipais, tomando por base “critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações” (BRASIL, 2008, IV,

estagiário de Psicologia que acompanha o trabalho de um dos psicólogos, além de estagiários do Serviço Social. Cada equipe do NASF apoia, em média, oito ESFs e conta com uma UBS de referência, que serve de apoio estrutural e logístico, embora, em geral, o espaço físico destinado ao NASF não seja delimitado. A metodologia do apoio matricial, entendida tanto na sua dimensão pedagógica e de retaguarda assistencial quanto na sua dimensão de cogestão dos processos de trabalho, é adotada como referência para as equipes dos NASFs. Os atendimentos individuais da Psicologia, em teste na fase anterior, foram definitivamente implantados em todas as UBSs. Embora as atividades coletivas sejam prioridade no contexto do NASF, foi possível manter tais atendimentos em razão do aumento da equipe de psicólogos e sua respectiva carga horária, o que resultou em maior tempo de permanência delas nas UBSs fora do horário do encontro matricial.

O trabalho matricial em saúde mental segue na sua maneira itinerante, assim como os atendimentos, que são feitos nas diversas UBSs. Uma diferença importante em relação à fase anterior é a maior participação dos psicólogos em atividades de prevenção e promoção da saúde, juntamente com os outros profissionais do NASF. Além disso, com o advento dos NASFs, os veículos da Prefeitura Municipal de Santa Luzia, disponibilizados para as ESFs, foram oferecidos, também, para uso da equipe de apoiadores.

Todos os profissionais do AMSM foram cadastrados nos NASFs, à exceção de um psiquiatra e um psicólogo, cujas cargas horárias não eram compatíveis com a exigência da portaria (40 e 20 horas, respectivamente), embora tenham continuado, durante um tempo, a trabalhar na equipe.

A pesquisadora assumiu a coordenação dos NASFs em julho de 2011, após o afastamento de quatro meses para dedicação ao “doutorado sanduíche” em Paris (1º de março a 30 de junho de 2011) e nela está até o momento atual.⁸⁰ Dessa forma, não esteve presente ao momento de transição do AMSM para o NASF e só veio a conhecer a equipe com todos os profissionais no seu retorno, com exceção de alguns fisioterapeutas com quem já trabalhava

par.1º). Em Santa Luzia, os psicólogos e psiquiatras do AMSM foram tomados como prioridade para integrar as equipes dos NASFs, levando em conta a recomendação da própria portaria de que se priorizasse pelo menos um profissional de saúde mental em cada equipe, dada a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais e também por serem considerados potenciais formadores dos demais profissionais a serem contratados, considerando sua experiência em matriciamento, metodologia adotada pelos NASFs. Além disso, ressalte-se que o projeto dos NASFs foi escrito por quatro pessoas, dentre as quais a coordenadora do AMSM e a então coordenadora da SM, ambas profissionais de saúde mental.

⁸⁰ Durante estes quatro meses, um dos psiquiatras da equipe matricial, apoiado por um psicólogo, assumiu a coordenação técnica do AMSM.

em 2010 em um projeto piloto de apoio matricial em Fisioterapia, para algumas UBSs de Santa Luzia.

A coordenação dos NASFs trabalha diretamente com a coordenação da APS/Estratégia de Saúde da Família, não mais junto à Coordenação de Saúde Mental, embora participe de uma reunião mensal entre os gestores e trabalhadores de saúde mental dos CAPSs e NASFs.

Inicialmente, havia reuniões semanais com todos os profissionais dos NASFs, no auditório do Conselho Municipal de Saúde, mas, atualmente, elas são revezadas com reuniões específicas de cada categoria profissional, dadas as particularidades de cada área.

Em março de 2012, foi fundado o Colegiado Gestor dos NASFs, do qual participam dois representantes de cada um dos cinco NASFs, a coordenadora geral e o psiquiatra que ocupou a referência técnica no período de transição. Todas as categorias profissionais do NASF estão representadas. A proposta foi discutida e aprovada pela coordenação da Estratégia de Saúde da Família e por todos os profissionais dos NASFs. Na ata de fundação, encontra-se uma menção à proposta e à função de Referência, assumida pelos seus integrantes em relação aos demais membros de sua equipe do NASF:

Os profissionais do Colegiado trabalhariam como agentes de promoção, nas equipes, de um trabalho autônomo e responsável, construindo norteadores para ampliar a capacidade de análise e cogestão. O Colegiado também teria a função de ajudar a planejar e avaliar o trabalho dos NASFs. A Referência deverá promover a articulação e construção do vínculo entre as equipes; zelar pelo grau de democracia institucional reforçando a cogestão e responsabilidade sanitária dos NASFs e das ESFs e promover reuniões de NASFs nas UBSs (Ata de fundação do Colegiado Gestor dos NASFs, 21 de março de 2012).⁸¹

De forma geral, pode-se dizer que o AMSM, mais do que absorvido pelos NASFs, foi absorvido pela Estratégia de Saúde da Família. Da mesma forma, pode-se dizer que houve avanços na sua consolidação como instituição, como analisaremos a seguir.

⁸¹ SANTA LUZIA. Secretaria de Saúde. **Ata de reunião do Colegiado Gestor do NASF**, 21 de março de 2012.

5.7 Vicissitudes no processo de institucionalização do AMSM e a herança do momento fundador

A implementação do AMSM, como descrito até aqui, foi marcada por constantes mudanças, relativas aos questionamentos e embates sobre as formas de organização e responsabilidade dos atores e instituições envolvidas. O discurso dos gestores evidencia notadamente as vicissitudes desse processo, e nos apoiaremos nele para analisá-lo, neste primeiro momento.⁸²

Em geral, os gestores dizem apoiar a estratégia matricial e se empenharem em sustentá-la politicamente. Consideram a falta de financiamento do governo como um grande dificultador na manutenção ou ampliação da estratégia matricial – financiada exclusivamente com recursos municipais – e sua então futura incorporação aos NASFs, com garantia dos repasses financeiros do MS, como um alívio no horizonte para sua manutenção ou ampliação como política de saúde. Um gestor descreve o que chama de um contexto de “guerra” para defender a política do AMSM, até então sem financiamento correspondente:

Porque isso daí é uma guerra pro coordenador, eu posso te falar. É guerra mesmo, a palavra. Não é luta não, é guerra. Porque você tem que defender esse espaço com tudo que você tem na mão. Há pouco tempo eu defendi esse espaço com Baygon, pra você ter ideia. A pessoa falou: ‘Não sei o quê, matriciamento tem que cortar...’ E eu tz, tz, tz. É o que eu tinha na mão, eu não tinha mais palavra pra poder explicar a importância (risos) (Entrevista com gestor 1).⁸³

Embora o AMSM seja mais uma instituição dentro (e ao lado) de várias e em um mesmo campo de ação, ele conta com pouca formalização institucional e quase nenhuma base funcional (prédio e transporte próprios, por exemplo), sendo operado mais como uma militância.⁸⁴ Outro gestor dimensiona o ônus desta condição:

O apoio matricial, ele, de alguma forma, ele é um sem lugar. Porque ele não está lá dentro da saúde mental, de um CAPS, um serviço estruturado, ele não está na saúde da família; ele tá no apoio. Então ele é alguma coisa que tem que participar de alguma forma de alguns dispositivos – saúde da família, CAPS, CAPS infanto-juvenil e apoiá-los. Então, de alguma forma é como se ele não está em nenhum lugar, mas tá em todos. Isso é difícil, assim, de operar isso daí. É sempre um

⁸² No capítulo seguinte, abordaremos as vicissitudes do processo de institucionalização pelo discurso dos trabalhadores da Saúde da Família e apoiadores, quando da discussão de sua relação com o AMSM.

⁸³ Os gestores serão identificados por números de 1 a 5, de acordo com a ordem de inclusão de suas falas no texto. Assim, no conjunto de citações literais, será possível identificar todas as falas de um dado gestor, embora sua identidade seja preservada.

⁸⁴ Militância entendida, principalmente, em seu sentido de preocupação com a criação de espaços coletivos de agenciamento, como nos lembram Vasconcelos e Paulon (2012).

desafio. [...] Eu acho que é um esforço que a gente faz o tempo inteiro de, sem estar dentro, ser incluído. (risos) (Entrevista com gestor 2, grifos nossos).

A definição do AMSM como “um sem lugar” encontra ressonância na própria gramática: o verbo “apoiar”,⁸⁵ como transitivo direto, pede um objeto – apoiar quem ou o quê? – sem o qual não bem se define.

Além disso, o discurso do gestor acima aponta um paradoxo que alimenta uma potencial fonte de conflito no processo de institucionalização do AMSM. De um lado, há resistência à formalização institucional da estratégia,⁸⁶ por receio de que perca seu potencial instituinte; de outro, há uma demanda de aceitação, inclusão e reconhecimento, que diz respeito à própria condição de sobrevivência da instituição. Esse gestor conta, por exemplo, sobre a então elaboração do Plano Diretor da Saúde de 2011, que definiu como seria a Saúde em Santa Luzia no ano seguinte, e que o AMSM não foi convidado a fazer parte, apesar da expectativa de participar com as ESFs da sua execução. Essa ausência sugeriu-nos, inicialmente, falta de apropriação do AMSM como ferramenta de gestão pela Secretaria Municipal de Saúde, notadamente pela coordenação da Estratégia de Saúde da Família. Uma análise mais detida, entretanto, não tardou a nos remeter “ao ato de instituir que definiu a instituição” (LOURAU, 2004c, p. 74), no caso, “Apoio Matricial em Saúde Mental de Santa Luzia”. Foi quando relembramos sua inequívoca filiação à Saúde Mental e ao interesse de racionalizar o acesso aos CAPSs, malgrado seu território de ação se localizar, sobretudo, na Estratégia de Saúde da Família, o que potencializa o risco de conflitos:

Quando o apoio matricial foi criado aqui em Santa Luzia [...] o objetivo era um, que hoje a gente foi revendo. O inicial era tentar de alguma forma desafogar os CAPSs [...]. Era dar conta de fazer um filtro na demanda da saúde mental, que vinha da atenção básica ou primária pra nós, pra que a gente pudesse, de alguma forma, racionalizar o acesso ao recurso especializado, que são os CAPSs. [...] Porque isso era uma maneira de ver de quem organizou o apoio matricial e estava na Saúde Mental (Entrevista com gestor 2).

Um gestor reforça essa missão original do AMSM ao afirmar que é necessário que os municípios entendam que o retorno do recurso investido na estratégia pode não aparecer imediatamente, mas que, havendo paciência, observarão diminuição no fluxo dos usuários

⁸⁵ Conferir Houaiss (2001).

⁸⁶ Um gestor chega a dizer que acha melhor a equipe matricial não contar com o carro da Prefeitura para seu transporte, porque o motorista sempre atrasa e as reuniões de apoio nas UBSs têm hora marcada, o que poderia gerar perda de dinamismo e desgaste entre as equipes. No entanto, considera que é oneroso e arriscado a coordenação e os apoiadores se locomoverem com seus próprios carros (aqueles que não têm carro pegam carona com os demais).

para os CAPSs. Outro gestor chegou a dizer, em sua entrevista, que até a inauguração dos NASFs, o AMSM era tratado como *um braço da saúde mental no território*.

Ser o braço da SM no território, entretanto, também não evita conflitos entre a equipe matricial e o resto do “corpo” da SM:

O relacionamento deles [refere-se às equipes matricial e dos CAPSs] ta muito mais maduro, mas houve um tempo de extrema dificuldade. Que era cada um em seu quadrado. CAPS infantil, CAPS adulto e matriciamento. E houve até mesmo brigas homéricas entre essas equipes, sabe? [...] Também uma visão do matriciamento como se fosse um pessoal assim: ‘O pessoal do CAPS é o que pega o pesado. O matriciamento ta folgado, ta tranquilo, eles trabalham com a atenção básica, é discussão de caso’ (Entrevista com gestor 1).

O trabalho pesado, no caso, é representado como aquele protagonizado no “corpo a corpo” com o usuário, o que, segundo os profissionais dos CAPSs, não seria o caso do AMSM.

Passando ao largo dessa percepção dos trabalhadores dos CAPSs sobre os privilégios da equipe matricial, a coordenadora da SM reforçou a necessidade de ampliação da cobertura do AMSM para a racionalização do acesso dos usuários ao recurso especializado dos CAPSs: “A coordenadora da SM introduz a discussão sobre a sobrecarga do CAPS III e as possibilidades para minimizar o problema, e destacou a ampliação da equipe matricial como importante estratégia para enfrentá-lo” (Ata de reunião entre as equipes matricial e do CAPS III, 2 de junho de 2010).⁸⁷

Tratou-se, nesse sentido, de uma oferta, interessada, dos CAPSs às ESFs. De um lado, apostava-se que os CAPSs teriam diminuição de encaminhamentos provenientes das ESFs. De outro, as ESFs, responsáveis pelo cuidado longitudinal dos usuários no território, independentemente de terem um transtorno mental ou de acionarem recursos especializados como os CAPSs, teriam apoio especializado para tal tarefa, o que, por sua vez, poderia diminuir os encaminhamentos acima considerados.

Ainda na perspectiva do ato de instituir, encontramos em Hess (2004) que um dos eixos do pensamento de Lourau (1981, 2004c) “é a definição da lógica da fundação institucional, a institucionalização, que determina, a seguir, a sobrevivência da instituição” (HESS, 2004, p. 25). Ainda segundo ele, em Lourau, assim como em Freud, está “a ideia de que o momento fundador é sempre reativado pelos instituintes” (HESS, 2004, p. 25).

⁸⁷ SANTA LUZIA. Secretaria de Saúde. **Ata de reunião entre as equipes matricial e do CAPS III**, 2 de junho de 2010.

Percebemos, nas entrevistas com os gestores, que a fundação do AMSM é reativada nas relações da equipe matricial com as gestões da SM e da Estratégia de Saúde da Família, desde o início atravessadas por conflitos geradores de novas ideias, decisões e, paralelamente, resistências. A coordenação de SM, por exemplo, é mais próxima da coordenação do AMSM (e também da equipe matricial) do que a coordenação da Saúde da Família, situação considerada ruim por um dos gestores, mas que reflete esse momento fundador. É rara a oportunidade de a coordenação da Estratégia da Saúde da Família discutir o processo de trabalho com a equipe matricial e coordenação respectiva, o que é justificado por um dos gestores como decorrente do acúmulo de tarefas. Por outro lado, a coordenação de SM se encontra, pelo menos, uma vez por semana com os apoiadores (reunião entre equipes dos CAPSs e matricial) e duas vezes por semana com a coordenadora do AMSM (reunião entre equipes dos CAPSs e matricial e reunião semanal – referida como dos “coordenadores da Saúde Mental”). Um gestor compreende que a participação da coordenação de SM é importante para a gestão político-administrativa da estratégia, pois contribui para a construção das condições de trabalho, legitima o trabalho do AMSM e provoca discussões sobre sua dinâmica.

Indo mais além, percebemos que a fundação do AMSM em Santa Luzia é, em si, a reativação do próprio momento fundador do AMSM nos documentos do MS (BRASIL, 2004a). Gama e Onocko Campos (2009) alertam para o fato de que, ao se tomar o CAPS como organizador da rede de cuidados em saúde mental no território, vai-se contra as diretrizes relacionadas à AB, que também teria esse papel. Identificamos essa ambiguidade, em Santa Luzia, como uma cisão fundadora (LOURAU, 1981) da instituição AMSM, que teve efeitos sobre a implicação dos atores nessa estratégia, como exploraremos adiante. Finalmente, perguntamo-nos se tal dificuldade não apontaria, ainda, para o desafio de se assumir a integralidade do cuidado nas práticas das ESFs, o que deverá ser mais bem explorado em outras pesquisas, no contexto do apoio matricial.

No cenário de Santa Luzia, os resultados analisados apontam que a aprovação dos NASFs se delinea como marco divisor no movimento de institucionalização do AMSM, com base no qual este passa a se consolidar como instituição associada à ESF, o que parece estimular maior participação de um dos gestores:

O matriciamento já acontece em Santa Luzia há três anos. Ele já tá instituído, já está posto dentro da atenção básica. Mas hoje nós estamos passando por uma

proposta de transformar o matriciamento em saúde mental em NASF, onde eu tenho uma participação mais efetiva... (Entrevista com gestor 3).

Pode-se inferir, porém, que se o processo de institucionalização do AMSM avança com a criação dos NASFs, os conflitos gerados pela falta de participação inicial da coordenação da Estratégia de Saúde da Família na implantação do AMSM nas unidades continuam latentes: *E assim, eu não consegui entender como que eles conseguiram estar dentro da atenção primária sem dialogar com a coordenação da atenção primária (Entrevista com gestor 3).*

Apesar disso, esse gestor faz um prognóstico auspicioso:

A sensação que eu tenho é de que nós vamos fazer todo um diferencial; será um divisor de águas na assistência da atenção primária depois dessa nova estratégia junto com o matriciamento [refere-se à inauguração dos NASFs]: o antes e o depois. Nunca mais a atenção primária vai ser a mesma coisa (Entrevista com gestor 3).

Por outro lado, outro gestor denuncia a insegurança da equipe do CAPS III com essa mudança, o que sugere uma dificuldade de se pensar em rede e anuncia um deslocamento do suposto ponto de conflito:

O CAPS adulto muito inseguro: ‘Nós vamos perder o matriciamento?’ Quer dizer, tudo ainda é assim. Eu tenho que ficar quadrada, eu tenho que ficar bem limitada: ‘Eu tenho que garantir esse profissional pra mim’... (Entrevista com gestor 1).

Finalmente, percebemos que alguns gestores tendem a situar o AMSM conforme sua inclusão ou exclusão da sua governança direta, o que parece também alterar a percepção do valor de uso que o AMSM tem para eles. Como nos sugere Campos (2005b, p. 236), “analisar os valores de uso instituídos é compreender as estruturas e os fluxos de poder”. Nesse sentido e no contexto de Santa Luzia, o AMSM passa a ser cobiçado como divisor de águas na APS e ter sua perda lamentada pelos CAPSs.

Nesse cenário, não se pode desqualificar a importância da base material ou do analisador “recursos financeiros”, como determinante no processo de institucionalização do AMSM e revelador da implicação dos atores. Cada NASF⁸⁸ recebe um incentivo federal de R\$ 20.000,00 mensais para seu custeio, quantia suficiente para remunerar os profissionais da equipe. Além disso, cada NASF recebeu a quantia de R\$ 20.000,00 (parcela única) para sua

⁸⁸ Em Santa Luzia todos os cinco NASFs são do tipo 1, que recebe maior incentivo financeiro do MS comparativamente ao NASF 2.

implantação. Ou seja, a Prefeitura de Santa Luzia recebeu para seus cinco NASFs a quantia de R\$100.000,00 para sua implantação e recebe do Ministério da Saúde mais R\$100.000,00 mensais para custeá-los.

Assim, a proposta ministerial de financiar o apoio matricial à Estratégia de Saúde da Família no formato dos NASFs trouxe alteração da percepção do valor de uso do AMSM no contexto de Santa Luzia, o que suscitou um cenário de abertura a mudanças institucionais, conforme vislumbrado acima. Novo tempo, novos desafios.

Para quem sempre trilhou seu caminho junto à Saúde Mental, faz-se necessário acostumar-se a um novo cenário. A Estratégia de Saúde da Família surge agora como casa matriz, não mais como casa de visita. É a roda transformadora da vida e da instituição, com seus riscos e respiros... Diminuo minha preocupação com eventuais instabilidades financeiras para manutenção do meu/nosso trabalho, mas aumento meu receio de que não só o apoio matricial em saúde mental seja absorvido pelos NASFs ou pela Estratégia de Saúde da Família, mas também seu potencial instituinte... Vigiemos! (Diário de pesquisa, 28 de agosto de 2011).

Consideramos que o esforço de trazer à tona a fundação da instituição AMSM de Santa Luzia, tanto colabora para iluminar o campo de forças em questão – ingrediente presente nas modalidades de implicação na estratégia – quanto colabora para diminuir a *alienação social*, conforme descrito por Lourau (2004c, p. 73):

A alienação social significa a autonomização institucional, a dominação do instituído fundada no esquecimento de suas origens, na naturalização das instituições. Produzidas pela história, elas acabam por aparecer como fixas e eternas, como algo dado, condição necessária e trans-histórica da vida das sociedades.

Com base nesse contexto institucional desnaturalizado,⁸⁹ no capítulo seguinte abordamos alguns aspectos da implicação dos apoiadores e trabalhadores no AMSM.

⁸⁹ A desnaturalização permanente das instituições (na qual se incluem as próprias condições de pesquisa) é um termo utilizado por Barros (2007) para se referir ao processo resultante do uso da ferramenta da análise das implicações. O termo era utilizado pelo próprio Lourau (1993).

6 ASPECTOS DA IMPLICAÇÃO DE APOIADORES E TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL

É possível [...] decifrar as relações que os indivíduos e os grupos mantêm com as instituições. Para além das racionalizações ideológicas, jurídicas, sociológicas, econômicas, políticas, a elucidação dessas relações revela que o vínculo social é acima de tudo um arranjo do não-saber dos atores com relação à organização social (LOURAU, 1975, p. 267).

Considerando *implicação* a relação que mantemos com a instituição (LOURAU, 1996), este capítulo recorre a documentos e depoimentos dos atores – trabalhadores das ESFs, apoiadores e gestores – para esclarecer como os dois primeiros se relacionam com o AMSM.

Iniciamos identificando os atores participantes da estratégia matricial e descrevemos, na sequência, as principais estratégias que organizam os encontros matriciais (discussão de caso, atendimento compartilhado e visita domiciliar compartilhada). Em seguida, nos detivemos na análise de aspectos da implicação dos apoiadores e trabalhadores das ESFs no AMSM apresentadas, neste capítulo, por segmento institucional. Apesar dessa divisão, a análise da implicação dos apoiadores trará elementos que colaborarão para a análise da implicação dos trabalhadores das ESF, e vice-versa.

Apresentaremos, ainda, algumas peculiaridades na implicação das diversas categorias profissionais, que compõem a ESF, no AMSM, graças à realização de grupos focais específicos para cada uma delas, os quais nos trouxeram diferenças que julgamos dignas de serem consideradas.

É importante ressaltar que, embora tenhamos estado atentos às jurisdições profissionais que possibilitaram a inserção dos atores no cenário em estudo e que atravessam suas implicações no AMSM, isso não significa que a fragmentação da prática multiprofissional seja defendida. Essa, além de contrária à lógica matricial, despotencializa a construção de novas formas de cuidado no âmbito da APS, como sugere Merhy (2012):

Construir modos coletivos e solidários no interior das equipes de saúde, ordenados pela aposta na produção da vida do outro, antes de qualquer território profissional *a priori*, é uma guerra das mais saudáveis e produtora de outros sentidos [...] (MERHY, 2012, p. 276).

Assim, ao contrário de uma possível defesa da disputa interprofissional, ressaltamos que a interação dos diversos saberes/ fazeres operados pelas várias profissões envolvidas no trabalho do AMSM – essenciais para o cuidado integral, um dos pressupostos do próprio apoio matricial – foi fundamental para dar identidade e corpo a essa nova instituição em Santa Luzia.

Portanto, abordar as referidas particularidades é uma oportunidade para identificar atravessamentos institucionais, relativos à jurisdição profissional, que cooperam para diferentes modalidades de implicação no AMSM, dando visibilidade ao campo de interferências que colaboram na sua gênese.

Ao longo do capítulo, os resultados serão situados no conjunto da literatura científica sobre o tema, a fim de destacar as singularidades da experiência em foco, complementar ou reafirmar os achados com outras investigações.

6.1 Participantes e não participantes do AMSM

Em todas as UBS cujos profissionais participaram da pesquisa, médicos, enfermeiros e ACSs são convidados a tomar parte na reunião quinzenal entre ESF e AMSM.

No início da segunda fase do AMSM, os técnicos de enfermagem não foram convidados a participar dos encontros matriciais. Ficou estabelecido entre as equipes que eles seriam os responsáveis pela continuidade do atendimento à população durante o período em que os outros profissionais estavam na reunião matricial. Posteriormente, percebeu-se se que eles tinham muito contato com alguns usuários com transtornos mentais, quando da administração mensal de antipsicótico de depósito, e que certamente poderiam contribuir na discussão dos casos e projetos terapêuticos. Assim, foi feito o convite para que integrassem o encontro quinzenal e combinado que a equipe administrativa manteria a unidade aberta durante as reuniões (Ata de reunião da equipe matricial, 21 de novembro de 2007).⁹⁰ No entanto, mesmo com o convite tardio, poucos deles aderiram à proposta, justificando falta de tempo, segundo os ACSs. Não sabemos se tal justificativa oculta outras, como desencorajamento da própria ESF ou do gerente administrativo, falta de ênfase no convite por parte da equipe matricial ou mesmo ressentimento quanto ao convite extemporâneo. Podemos

⁹⁰ SANTA LUZIA. Secretaria de Saúde. **Ata de reunião da equipe matricial**, 21 de novembro de 2007.

ainda imaginar que a exigência em relação aos técnicos de enfermagem na UBS se mantenha sobre, justamente, atividades técnicas, como sala de vacina e curativos, e que como o trabalho na Atenção Primária à Saúde é muitas vezes baseado na divisão de tarefas nas UBS, os técnicos podem acreditar que não fazem parte da assistência aos usuários com transtornos mentais, assim como os apoiadores acreditaram no início.

Os gerentes administrativos e os auxiliares administrativos e de limpeza não participam da reunião matricial. Entretanto, os primeiros são importantes interlocutores do gestor da Estratégia de Saúde da Família, veiculando notícias e avaliações das ESFs sobre a estratégia matricial, apesar de não participarem diretamente da estratégia, o que pode contribuir para distorções na comunicação sobre o processo de trabalho. Porém, como eles não são profissionais de saúde, sua inclusão no encontro matricial foi inicialmente questionada pelos apoiadores, focados no caráter clínico do encontro, em detrimento do caráter de apoio à gestão do processo de trabalho, próprio da metodologia, entendida também como um dispositivo para produção de grupos de sujeitos (CAMPOS, 1998).

Como já adiantado, em parte, no capítulo anterior, os considerados médicos de apoio (ginecologista-obstetras, pediatras ou mesmo cardiologistas, por exemplo), distribuídos de forma irregular nas UBSs, não participam das reuniões matriciais, visto trabalharem segundo lógica ambulatorial, diferentemente daquela da Estratégia de Saúde da Família, pelo menos em teoria.⁹¹

Assim estão presentes, em geral, nas reuniões, o médico, o enfermeiro e os ACSs da ESF, além dos apoiadores (psiquiatra, psicólogo e estagiário de Psicologia).

6.2 Principais estratégias do AMSM⁹²

As principais estratégias que organizam o encontro matricial entre trabalhadores da ESF e apoiadores são: discussões de casos, atendimentos compartilhados e visitas

⁹¹ Segundo os apoiadores, a lógica ambulatorial segue sendo a referência de muitas ESFs, conforme veremos adiante neste capítulo. De antemão, pode-se afirmar que as consultas agendadas previamente dominam a agenda das UBSs, sendo que em algumas delas as atividades coletivas sequer ocorrem.

⁹² Há outras estratégias como participação em grupos e capacitações de temas específicos em saúde mental, mas não são tão institucionalizadas quanto essas, embora também prescritas nos documentos oficiais do MS. As participações em grupos, por exemplo, se institucionalizaram apenas após o advento dos NASFs e as capacitações referidas são apenas esporádicas.

domiciliares compartilhadas (SANTA LUZIA, 2007). O quantitativo dessas estratégias é lançado diariamente na folha de produção individual feita pelo matriciador e entregue no fim do mês ao responsável administrativo por seu lançamento no sistema. Entretanto, o tratamento estatístico sob o formato de consolidado mensal ou série histórica não é feito de forma regular.

Em documentos do AMSM, encontramos a informação de que no seu primeiro ano de implantação em novo formato, entre novembro de 2007 (data de sua inauguração) e setembro de 2008, foram discutidos 590 casos nas 21 equipes de saúde da família cobertas pelo matriciamento. Destes, 16% (94 casos) contaram ainda com atendimentos compartilhados e outros 6% (34 casos) com visitas domiciliares compartilhadas. Nos anos subsequentes, não houve consolidação desses dados. O cotidiano do trabalho é apontado nos diferentes grupos focais e pelos entrevistados como sendo um empecilho para processos avaliativos regulares.

6.2.1 Discussões de casos

Segundo os trabalhadores das ESFs, a discussão de caso é a principal estratégia do AMSM, a qual pode ser suficiente para orientar a ESF. Caso não seja, planeja-se uma das outras estratégias (ou ambas) – atendimentos ou visitas domiciliares compartilhados –, mas é raro que elas ocorram sem que sejam precedidas por aquela. Em geral, participam da discussão de caso os apoiadores, o médico, o enfermeiro e todos os ACSs da equipe.

Os apoiadores sempre identificam o ACS da área em que mora o usuário em questão e solicitam que ele contribua com informações e sua percepção sobre o caso, o que foi considerado um aprendizado no grupo focal com enfermeiros:

Eu acho assim, a matricial, como proposta dela de discutir em equipe a patologia do paciente até pelo ACS, que está participando – porque eles não têm conhecimento médico de doença nenhuma – eles participam, eu acho que é um aprendizado.

No grupo focal com enfermeiros, foi explicado que nas discussões de caso são revistos os casos já compartilhados que apresentaram algum fato novo ao longo dos quinze dias de

intervalo entre as reuniões matriciais e discutidas as altas iminentes de usuários dos CAPSs, sobre as quais os matriciadores adiantam à ESF. Além disso, a equipe matricial traz notícias dos usuários adscritos que estão inseridos nos CAPSs, na tentativa de fornecer subsídios para o cuidado mais compartilhado entre equipes. Por outro lado, pode pedir que os ACSs busquem notícias de usuários que abandonaram o tratamento nos CAPSs, compartilhando tais informações nas suas reuniões com as equipes desses serviços especializados. Tal modo de funcionamento também foi descrito por Delfini *et al.* (2009). Em outras palavras, o AMSM assume um papel de intermediador entre a Estratégia de Saúde da Família e os CAPSs, além de assegurar uma via de mão dupla na comunicação entre matriciadores e ESFs, o que sugere que as informações circulam, não ficando retidas com nenhum dos segmentos especificamente.

Para cada caso discutido, um dos matriciadores abre uma ficha com as informações do usuário/família e anota as discussões e as decisões conjuntas. As fichas são guardadas em uma pasta com identificação da respectiva equipe e são mantidas com a equipe matricial para consulta quando das discussões de caso nos CAPSs (Ata de reunião da equipe matricial, 01 de setembro de 2007).⁹³ Já a ESF faz as anotações no prontuário do usuário e também em um caderno ofertado pela equipe matricial. O caderno é mantido na UBS e tem o objetivo de reunir todas as discussões e decisões de cada encontro matricial, com eventuais distribuições de tarefas, o que facilita a consulta posterior, inclusive por aqueles que não estavam presentes à reunião. Na prática, ao longo do tempo, nem todas as equipes continuaram a usar o caderno ofertado, limitando-se às anotações no prontuário, como ressaltado nos grupos focais.

São exemplos de casos discutidos nas reuniões matriciais: suspeita de negligência ou abuso de crianças, enfermos ou idosos; usuários com comportamentos bizarros; tentativa de autoextermínio ou suspeita de; demandas excessivas e recorrentes dirigidas à ESF; não adesão ao tratamento, com riscos para o usuário; abuso de álcool e/ou outras drogas (Diário de pesquisa, 02 de julho de 2008; 22 de agosto de 2008; 25 de junho de 2009).⁹⁴

⁹³ SANTA LUZIA. Secretaria de Saúde. **Ata de reunião da equipe matricial**, 01 de setembro de 2007.

⁹⁴ PENIDO, C. M. F. **Diário de pesquisa**. [Documentação da autora], 2008/2009.

6.2.2 Atendimentos compartilhados

Participam do atendimento compartilhado pelo menos um profissional da ESF e um apoiador. Em geral, quando se trata de (re)avaliação para possível prescrição de algum psicofármaco, o psiquiatra participa com o médico da ESF, os quais darão continuidade ao tratamento do usuário, caso não haja necessidade de acionar o CAPS. Com o intuito de não gerar falsas expectativas, os profissionais fazem questão de deixar claro para o usuário e família que o psiquiatra não vai acompanhá-lo diretamente e sim a ESF. Quando ocorre de o médico da ESF não estar presente, o enfermeiro participa e, posteriormente, passa as recomendações para o médico. O estagiário de psicologia também pode participar do atendimento compartilhado ao lado do psicólogo, quando for o caso.

É rara a participação do ACS nos atendimentos compartilhados, diferentemente de quando se trata de discussão de caso ou visita domiciliar, nas quais ele em geral está presente. Sua não inclusão nessa estratégia é justificada, pelas equipes, pelo direito do paciente ao sigilo e pelo foco pedagógico – como também identificado por Figueiredo e Onocko Campos (2008) para facilitar a abordagem clínica dos usuários quanto ao manejo da entrevista, distinções diagnósticas e intervenções psicofarmacológicas, quando for o caso – o que não competiria ao ACS. Além do mais, há a preocupação de que a estratégia do atendimento compartilhado não envolva muitos profissionais, o que poderia intimidar o usuário.

A discussão sobre o sigilo e a ética profissionais condizentes com a situação de atendimento clínico sempre esteve presente nos debates sobre a participação ou não da categoria dos ACSs – situação também identificada por Fortes e Spinetti (2004) –, sendo que também os apoiadores já exprimiram discordância ou dúvida quanto à presença desses durante o atendimento compartilhado (Diário de pesquisa, 21 de outubro de 2009).⁹⁵

Campos e Domitti (2007) já haviam levantado tal obstáculo ético como inerente à metodologia matricial. Os autores apontam que a discussão de caso em equipe resulta em grande circulação de informações entre profissionais e faz repensar o tema das relações entre eles e os usuários. Eles não aprofundam a discussão, mas deixaram claro ser esse um dos enfrentamentos que essa metodologia, alternativa, se propõe. O que nos parece curioso é que esse obstáculo seja, no contexto estudado, associado apenas aos ACSs, visto que qualquer

⁹⁵ PENIDO, C. M. F. **Diário de pesquisa**. [Documentação da autora], 21 de outubro de 2009.

profissional de saúde, na prática, poderia ferir o sigilo profissional. Essa é uma discussão que continua pendente, mas, na objetividade da instituição, a decisão tomada em certo momento persiste e é justificada pela própria lógica institucional fundada nas diferenças de formação entre as profissões, mas a realidade descrita aponta para uma diferenciação também social no processo de trabalho.

De fato, a questão nos convidou – a coordenadora e apoiadores – a pensarmos na clínica operada no AMSM e na ética que a orienta. Perguntamo-nos se o paradigma orientador se basearia no modelo tradicional da clínica, desqualificando as contribuições do paradigma da Clínica do Sujeito ou Clínica Ampliada. Consideramos ainda que o código de ética profissional – argumento usado por alguns para contraindicar a presença do ACS mesmo na discussão de caso, visto a categoria não dispor dele – não seria um garantidor do sigilo e ética profissionais (Diário de pesquisa, 21 de outubro de 2009). Além disso, observamos que os usuários costumam dividir com os eles os seus problemas de saúde antes mesmo de fazê-lo com o restante da equipe, conforme assinalado nos grupos focais e por Fortes e Spinetti (2004) – os quais apontam o dilema ético que se coloca para tais atores em função dessa situação. Atualmente, não há restrição dos apoiadores quanto a incluir os ACSs no atendimento compartilhado se a singularidade do caso, o papel do ACS na rede de suporte do usuário e o consentimento deste último suportam a decisão de incluir aquele no atendimento compartilhado (Diário de pesquisa, 29 de setembro de 2010).⁹⁶

Quanto à preparação para a discussão de casos com a equipe matricial, não há homogeneidade entre as ESFs. Em algumas delas, antes do encontro, os ACSs contam que passam os dados dos usuários para o enfermeiro, que divide os casos em dois grupos: os que serão endereçados aos CAPSs e os que serão endereçados ao acompanhamento pelos apoiadores e ESF – muito embora a maior parte desse conjunto de casos seja discutida na reunião matricial para revalidar essa divisão, o que tanto pode sugerir pouca autonomia destas ESFs quanto a valorização dos encontros para que as decisões tenham a participação do conjunto dos trabalhadores, que se escutam e podem mudar de opinião.

⁹⁶PENIDO, C. M. F. **Diário de pesquisa**. [Documentação da autora], 29 de setembro de 2010.

6.2.3 Visitas domiciliares compartilhadas

Em geral, as visitas domiciliares compartilhadas são feitas por, pelo menos, um dos apoiadores e o ACS da área – dado seu maior conhecimento do território, capacidade de intervir *in loco* e vínculo com as famílias. Como a estratégia também tem finalidade pedagógica, espera-se que os ACSs e, eventualmente médicos e enfermeiros, possam usufruir dessa oportunidade para aperfeiçoar a abordagem das famílias quanto à saúde mental. Segundo os médicos, os profissionais que participam da visita se encarregam de repassá-la aos outros membros das equipes e discutir seus desdobramentos.

A discussão do caso é condição prévia para a visita (inclusive para avaliar sua pertinência), mas o atendimento compartilhado não é necessário, mesmo porque a maior parte das visitas compartilhadas se justifica pela vulnerabilidade do caso associada à impossibilidade de deslocamento ou resistência colocada pelo usuário ou família em ir à UBS. A visita domiciliar compartilhada é considerada uma importante estratégia para maior contato com o contexto doméstico-familiar e ocorre, algumas vezes, em conjunto com profissionais de outros setores, como assistentes sociais ou psicólogos dos Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), como tentativa de promover a intersetorialidade na construção do projeto terapêutico.

Na visita domiciliar, os apoiadores reforçam o vínculo dos ACSs com os usuários e famílias, na tentativa de colaborar para a construção ou aumento de uma relação de confiança entre eles, ressaltando o papel do agente comunitário como uma das referências sanitárias daquela área. Quando possível, estimulam que o usuário passe a frequentar a UBS.

Os enfermeiros dizem que os atendimentos compartilhados são frequentes, mas as visitas não, ocorrendo na maioria das vezes apenas quando solicitadas pela ESFs. O tempo despendido para realização da visita e a irregularidade na frequência de fornecimento de transporte pela prefeitura – sendo comum o uso do carro dos próprios profissionais para esse fim – são apontados como dificuldades limitadoras do número de visitas domiciliares:

– Lá a gente só faz visita em domicílio, de paciente que tem necessidade, ou é no carro do médico da unidade, no meu– da enfermeira da unidade– e da psicóloga. O único carro que a gente não foi ainda foi o carro do psiquiatra, mas o resto... é carro nosso, coisa nossa, é complicado....

– Lá na unidade, nós já fizemos visitas com o carro do psiquiatra, com o carro do psicólogo...(Grupo Focal Misto).

A deficiência de suporte dos serviços existentes é apontada na literatura (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008) como um dos dificultadores na implantação do apoio matricial. A forma como é enfrentada no caso específico nos revela indícios da sobreimplicação dos profissionais no cuidado à população, a qual se torna necessária, segundo eles, pela má-gestão do bem público:

[...] eu acho que carro tem. O negócio é que... desvio. É pra saúde, é pra fazer visita? Não, vai levar o prefeito lá em Belo Horizonte. Aí o que era pra fazer visita a domicílio tá com ele, entendeu? Mas carro não falta. O negócio é que eles desviam o transporte, aí isso que é ruim, entendeu? (Grupo Focal Misto).

Após a apresentação das principais estratégias do AMSM, daremos sequência à análise da implicação dos atores no AMSM, organizadas em torno de quatro categorias identificadas na análise dos dados: **dificuldades, limites, desafios e potencialidades da instituição AMSM**. Em geral, percebemos, na análise dos dados coletados, que os participantes falam de sua relação com o AMSM por meio da avaliação da estratégia quanto a **dificuldades**: problemas identificados no processo de trabalho matricial, em relação aos quais há expectativa de construção de saídas possíveis; **limites**: problemas identificados no processo de trabalho matricial, em relação aos quais não há expectativa de construção de saídas possíveis; **desafios**: problemas a serem superados ou objetivos a serem conquistados para que a sobrevivência da instituição matricial aconteça da forma como idealizada por esses atores; **potencialidades**: capacidade de colaborar para mudanças desejáveis pelos atores no cotidiano dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família.

Optamos, inicialmente, por apresentar as categorias reunidas por segmento (apoiadores e, posteriormente, trabalhadores da ESF), ao invés de apresentá-las uma por uma e reunindo as narrativas de todos os segmentos sobre cada uma delas. Tal opção se baseou no recorte da pesquisa, qual seja analisar a implicação dos segmentos no AMSM. Além disso, receamos que a separação didática das categorias resultasse em prejuízo do sentido intrincado veiculado pelos atores, os quais muitas vezes tomam em discussão, por exemplo, o **desafio** de se manter a **potência** ou então as **dificuldades** colocadas por certos **limites**.

Entretanto, percebemos que essa discussão deveria ser desdobrada para o próximo capítulo, por meio dos analisadores, os quais nos revelam de forma mais incisiva as

dificuldades, desafios e limites da estratégia para os trabalhadores da ESF. Dessa forma, o presente capítulo se atém um pouco mais às potencialidades evocadas por esses atores e às particularidades verificadas entre as respectivas categorias profissionais, deixando a exploração das dificuldades, desafios e limites principalmente para o próximo capítulo.

Portanto, analisamos, a seguir, alguns aspectos da relação dos apoiadores e dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família com o AMSM. Ao final, nos deteremos nas peculiaridades entre as diversas categorias profissionais que compõem este último segmento.

6.3 Aspectos da implicação dos apoiadores matriciais no AMSM

Depois de participar dos encontros matriciais com as ESFs nos primeiros anos do AMSM e encontrar semanalmente e por várias horas com os apoiadores para analisarmos e gerirmos nosso processo de trabalho da forma mais compartilhada possível, eu me considero incluída, de certa forma, sob a designação ‘apoiadores matriciais’. Porém, não posso deixar de lado o fato de que continuei sendo a coordenadora do AMSM, de que os demais apoiadores esperavam de mim uma participação diferenciada da deles e de que as ESFs também me viam em outro lugar que não apenas apoiadora. Tenho a impressão de que se a análise de implicação proposta para essa pesquisa tivesse ocorrido nos primeiros anos de trabalho, ela teria sido muito mais difícil, dada a sobreimplicação no seu auge. Considero, nesse sentido, que o tempo decorrido de quase cinco anos na gestão da estratégia, correu a favor da empreitada que ora me proponho. Pelo menos é essa a minha impressão (Diário de pesquisa, 10 de abril de 2012).⁹⁷

De forma geral, podemos dizer que a participação dos apoiadores na estratégia matricial passou por mudanças ao longo do tempo, muitas delas graças aos embates da institucionalização de um novo modo de trabalhar para responder às demandas de SM na APS.

A dedicação exclusiva dos apoiadores ao matriciamento, desde a segunda fase do AMSM em Santa Luzia, difere de outras experiências descritas na literatura, como no caso de Natal (RN) (BEZERRA, 2008), Fortaleza (CE) (LOPES *et al.*, 2010) e duas outras cidades – não identificadas pelos autores – no nordeste brasileiro, uma delas no interior do Ceará (CE) (SOUSA *et al.*, 2011), cujo matriciamento é feito por profissionais que trabalham nos CAPSs. Também há casos de matriciamento por profissionais de saúde mental sediados em Centros de

⁹⁷ PENIDO, C. M. F. **Diário de pesquisa**. [Documentação da autora], 10 de abril de 2012.

Saúde, como em Campinas (SP) (FIGUEIREDO, 2006), na região sul do município de São Paulo (SP) (NEVES FILHO, 2009) e Belo Horizonte (MG) (RIBEIRO *et al.*, 2008) – situação que passou a ocorrer em Santa Luzia apenas após a inauguração dos NASFs. No conjunto da literatura consultada, percebemos que essa peculiaridade do município de Santa Luzia reforça o interesse por aprofundar a análise dessa experiência.

No grupo focal com enfermeiros, foi identificada uma diferença entre o trabalho do psiquiatra e do psicólogo matriciadores: o psicólogo orienta sobre como conversar com o usuário e como cuidar para que as perguntas não sejam feitas “de forma agressiva” ou “colocando-o contra a parede” e o psiquiatra alerta, quando é o caso, sobre o psicofármaco mais indicado para que o médico da ESF o prescreva na próxima consulta com o usuário.

A diferenciação da participação de psicólogo e psiquiatra era menor até a inauguração dos NASFs. A partir dessa ocasião, a participação dos psicólogos nas atividades coletivas aumentou⁹⁸ e se institucionalizou (grupos de Promoção da Saúde), o que foi facilitado pelo aumento da sua carga horária de 20 para 40 horas, para apoiar quase o mesmo número de equipes de antes. Ainda em virtude disso, também os atendimentos individuais, realizados anteriormente em poucas ESFs, se estenderam a todas as equipes. A possibilidade de atendimentos individuais, seguidos de compartilhamento com as ESFs, também foi aberta aos psiquiatras, nos casos de equipes temporariamente desfalcadas de médico ou cujo médico ainda não se julgasse apto a fazer as avaliações periódicas de usuários em alta dos CAPSs. Segundo os apoiadores, a possibilidade foi surpreendentemente criticada por algumas ESFs em que o trabalho matricial funcionava muito bem, as quais viram na iniciativa um retrocesso em relação à prática proposta desde o início pela equipe matricial. A resistência foi imediatamente acatada pela equipe matricial, que aproveitou a oportunidade e a disposição dessas ESFs para trabalhar pela ampliação de seu grau de autonomia para o cuidado em saúde mental (Diário de pesquisa, 9 de novembro de 2011).⁹⁹ Na devolução da pesquisa, um psiquiatra relata que os médicos das ESFs em que foram iniciados atendimentos psiquiátricos individuais tinham uma tendência à desresponsabilização pelo caso do usuário. Quando se tratava de médicos novatos que chegavam quando a prática já estava em curso, havia uma

⁹⁸ Conferir no Capítulo “Histórico da implementação do Apoio Matricial em Saúde Mental em Santa Luzia: fatos e análise da sua fundação institucional” o relato das experiências dos psicólogos com grupos nas UBSs, durante a segunda fase do AMSM.

⁹⁹ PENIDO, C. M. F. **Diário de pesquisa**. [Documentação da autora], 9 de novembro de 2011.

tendência à não responsabilização (Relatório da devolução da pesquisa, 10 de setembro de 2012).¹⁰⁰

A participação do estagiário de Psicologia não foi lembrada pelos trabalhadores da ESF, a não ser por um ACS que disse não saber o nome do estagiário que ia às reuniões matriciais de sua equipe, pois ele era muito quietinho. Isso pode se dever às características do trabalho do estagiário, o qual é principalmente voltado, *in loco*, à observação do processo de trabalho e ainda por se saber que são estudantes e que seu contrato de trabalho é temporário, o que pode não colaborar para a construção de vínculos de apoio com a ESF.

Assim como na literatura (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008; LOPES *et al.*, 2010; SOUSA *et al.*, 2011), o papel do AMSM – e dos apoiadores – como mediador, intermediário, articulador ou elo entre ESFs e CAPS foi destacado:

[...] às vezes ele [refere-se ao apoiador] funciona até como um mediador das partes, onde se fala um pouco da realidade dos dois: tanto lá da saúde mental quanto dos PSFs. Traz um pouco dessa realidade, dessa vivência e tenta mediar um pouquinho essa conversa entre eles, tenta fazer com que isso funcione (Grupo focal com apoiadores).

Eu acho que veio [refere-se ao AMSM] pra acrescentar, e acrescentou muito. Principalmente, questão de elo, CAPS e posto de saúde. Porque todos os pacientes que vão para o CAPS, nós temos o retorno [...] daquele paciente que foi. E quando eles passam a ser acompanhados na unidade de saúde eles [refere-se à equipe matricial] também perguntam. E a gente tá sempre mostrando pra eles como que tá acompanhando aquele paciente, se tá tomando a medicação certa, como é que tá a evolução dele, tudo direitinho. Então eu acho que veio mesmo pra formar um elo entre a unidade de saúde e o CAPS [...] (Grupo focal com ACSs).

Então eu vejo o matriciamento como esse elo que vai pegar o indivíduo e tá amarrando bem a sua integralidade de sujeito, a partir do momento em que ele discute esse caso com as pessoas que estão mais próximas dele. Não que o CAPS não esteja, mas na verdade, fisicamente, não está próximo (Entrevista com gestor 1).

No grupo focal com enfermeiros, entretanto, houve críticas ao papel de intermediário desempenhado pelo AMSM, quando se trata dele ser o garantidor – ou “quebra-galho” – do fluxo de informações entre CAPS e Estratégia de Saúde da Família:

O papel da matricial, eu acho que às vezes está sendo confundido também... Não sei se vocês estão percebendo isso também. Uma ligação com a saúde mental. Por exemplo, a gente precisa de alguma informação, a gente acaba usando a matricial

¹⁰⁰ PENIDO, C. M. F. **Relatório da devolução da pesquisa**. [Documentação da autora], 10 de setembro de 2012.

porque a gente muitas vezes não consegue informação na saúde mental ou um contato telefônico. Aí faz busca de prontuário, procura saber de paciente que não vai, saber se renova ou não a receita... A matricial está quebrando o galho da contrarreferência da saúde mental (Grupo focal com enfermeiros).¹⁰¹

Nesse sentido, cabe interrogar se a função de intermediário do AMSM, assumida dessa maneira pelos apoiadores, não atuaria como um desestímulo para uma maior abertura do CAPS para o diálogo com as ESFs, ou mesmo para suas incursões no território, reforçando o CAPS como um serviço fora da lógica territorial e perigosamente próximo do funcionamento manicomial – o que em Santa Luzia pode ser ainda mais fortalecido pelo fato da equipe matricial não trabalhar nos CAPSs.

A distância entre CAPS e ESF em Santa Luzia – também identificada em Natal (RN) por Bezerra e Dimenstein (2008) – é usada como justificativa para a necessidade do AMSM atuar como articulador entre as partes:

[...] a saúde mental ainda tem pouco envolvimento com a saúde da família, então o apoio matricial faz esse papel também, de trazer a realidade da saúde da família pra saúde mental. Como se fosse uma forma de integrar, num sentido de saúde mais amplo mesmo (Grupo focal com apoiadores).

Para os participantes da pesquisa, o AMSM cumpre sua função de estreitar a articulação entre CAPSs e ESFs. É preciso esclarecer, entretanto, se o agenciamento matricial feito pelos apoiadores contribui para estreitar o vínculo da ESF com o CAPS e aumentar o conhecimento dos profissionais da ESF sobre os usuários sob seus cuidados – potencializando sua Clínica e a corresponsabilização sanitária –, ou se ele torna os trabalhadores das ESFs dependentes dos apoiadores para se comunicarem com os CAPSs.

A maneira como os apoiadores acompanham o retorno dos usuários em alta do CAPS à UBS, por exemplo, nos permite identificar algumas ambiguidades que devemos examinar. As altas dos CAPSs são registradas em três vias idênticas, distribuídas da seguinte forma: uma é anexada ao prontuário do usuário no CAPS, outra é fornecida ao próprio usuário para que a leve à ESF e uma terceira é entregue aos matriciadores na reunião periódica com os CAPSs, a fim de que aqueles possam acompanhar e alertar à respectiva ESF sobre a chegada iminente do usuário, após a alta do CAPS (Diário de pesquisa, 11 de abril de 2010).¹⁰² Ora, o fato de que apenas os apoiadores (e não a ESF) têm uma cópia do documento de alta não

¹⁰¹ Cumpre lembrar, nesse contexto, que Santa Luzia não dispõe de prontuários eletrônicos em rede.

¹⁰² PENIDO, C. M. F. **Diário de pesquisa**. [Documentação da autora], 11 de abril de 2010.

colabora para que a ESF se organize e assuma seu protagonismo na referência ao usuário. Ou seja: nesse caso, a proposta de apoio às ESFs para construção da autonomia em contexto de corresponsabilização sanitária pode ceder lugar à tutela dos apoiadores, os quais concentram a responsabilidade de cobrar notícias da ESF *para que o usuário não se perca no caminho* (Grupo focal com apoiadores).

Entretanto, há relatos dos trabalhadores das ESFs de que a intermediação realizada pelo AMSM se desdobra em maior abertura para a comunicação direta entre ESF e CAPS:

A gente já conhece os nomes dos profissionais de lá do CAPS, tem liberdade de conversar. Você já sabe com quem está conversando, eles sabem com quem está conversando. O trabalho profissional ficou muito mais aproximado (Grupo Focal Misto).

Embora Sousa *et al.* (2011) também tenham identificado a melhoria da comunicação entre ESF e CAPS no contexto do AMSM, os matriciadores participantes de seu estudo eram trabalhadores dos CAPSs, o que não ocorre em Santa Luzia. Este detalhe torna o relato acima ainda mais digno de nota, considerando que os apoiadores facilitam o contato direto da ESF com outra equipe, no caso, a do CAPS.

Além de desempenharem um papel de articuladores entre as ESFs e os CAPSs, os apoiadores também tomam o exercício matricial como oportunidade de articulação das ESFs com os gestores, o que também lança luz sobre sua participação na gestão do processo de trabalho. Segundo o grupo dos apoiadores, as ESFs os veem como mais próximos dos gestores, daí fazerem por seu intermédio vários endereçamentos de discussão do processo de trabalho com a gestão da Estratégia de Saúde da Família e Saúde Mental, como se os apoiadores ocupassem um lugar de porta-vozes da ESF, mas não de atores qualificados e respaldados para ajudá-las a pensar seus problemas e dificuldades vivenciados no seu cotidiano. De fato, as questões levadas pelos apoiadores para a reunião semanal da equipe matricial são, por sua vez, levadas pela coordenadora do AMSM para discussão com os outros gestores, o que, se por um lado, possibilita uma aproximação indireta da ESF em relação a tais gestores, com os quais tem pouco ou nenhum contato, por outro, pode atuar como um desestímulo a outras formas de organização dos trabalhadores e mesmo dos outros gestores (Diário de pesquisa, 24 de março de 2009).¹⁰³

¹⁰³PENIDO, C. M. F. **Diário de pesquisa**. [Documentação da autora], 24 de março de 2009.

No grupo focal com apoiadores foi ressaltado que a relação entre os gestores ainda precisa melhorar muito. Eles relatam, particularmente, a dificuldade de acesso que eles e a respectiva coordenadora têm em relação à coordenadora da Saúde da Família, diferentemente da coordenadora da SM. Acreditam que se tivessem mais espaço com a primeira, poderiam ser seus colaboradores para pensar o processo de trabalho na APS, o que pode sugerir que a ideia da gestão está mais relacionada à figura dos gestores, subestimando-se, em parte, a potência da metodologia matricial para operá-la nos espaços coletivos na Estratégia de Saúde da Família.

Mas há também relatos de aproveitamento desses espaços que nos fazem lembrar a ideia de que os apoiadores têm dois “usuários” sob sua responsabilidade: os usuários do serviço para o qual ele é referência e o “próprio serviço” (BRASIL, 2004b):

A gente consegue fazer a humanização de voltar o olhar pra eles mesmos [trabalhadores da ESF] pro processo de trabalho e pra essa dinâmica ali. Porque é um olhar de fora; a gente chega, uma equipe de fora especializada em saúde mental e, de certa forma, o pessoal do próprio Posto, eles cobram da gente esta humanização, porque eles mesmos desabafam, pedem um escape pra própria saúde mental do trabalhador (Grupo focal com apoiadores).

A abordagem de tal demanda parece se pautar pela oferta de um espaço coletivo que permita aos trabalhadores da ESF repensarem seu processo de trabalho ou, ainda, terem acolhidas as suas angústias e frustrações (DELFINI *et al.*, 2009). Não fica claro, entretanto, se a humanização citada acima se refere apenas à perspectiva de se abrir para o “desabafo” do outro ou se ela recorre à sua potência de, ao desdobrar o desabafo em uma análise de problema, encorajar a sua (co)gestão, ampliando a capacidade dos trabalhadores da ESF de intervirem na sua realidade como sujeitos.

Um gestor lembra que, além da responsabilidade dos apoiadores quanto à cogestão dos processos de trabalho, cabe a eles se ocuparem da finalidade técnico pedagógica da metodologia matricial, o que deve lhes demandar um empenho na amplitude de sua função:

[...] eu falo isso pra equipe às vezes: eu acho que vocês têm que ser duplamente bons, sabe por quê? Porque no CAPS, as pessoas atendem os pacientes, na saúde da família vocês da equipe matricial não só vocês atendem junto, em conjunto, como vocês ensinam para os profissionais da saúde da família como fazer num determinado caso. Essa responsabilidade, esse segundo ponto que eu acabei de dizer, o pessoal do CAPS não tem. De trabalhar nessa perspectiva técnico-pedagógica, de ser multiplicador do como fazer com o transtorno mental [...] (Entrevista com gestor 2).

Questiono se o fato de dizer para os apoiadores serem duplamente bons não seria uma (sobre)demanda para sua sobreimplicação no trabalho. Tenho a tendência inicial de achar que não se trata de demandar aos apoiadores uma sobreimplicação, mas lembrá-los de que a metodologia matricial prevê essa dupla função. Mas o termo 'bons' (ainda por cima 'duplamente'), usado no fragmento acima, talvez traia a consideração que acabo de fazer (Diário de pesquisa, 12 de fevereiro de 2012).¹⁰⁴

No grupo focal com médicos também é reiterada a função pedagógica a ser assumida pelos matriciadores, mas é considerado que nem todos têm esse perfil ou essa aptidão:

[...] o mais interessante é você ter médicos psiquiatras que têm o perfil de matricial, que é diferente de você trabalhar no CAPS ou no ambulatório. Porque no matricial, além deles saberem como vão conduzir o caso, eles têm que nos explicar. Nós somos alunos ali naquele momento, onde também eles nos orientam. E eles estão orientando e nos ensinando e nem todos têm esse perfil (Grupo focal com médicos).

Em face de tais responsabilidades, um gestor supõe que os apoiadores talvez esperassem dele uma maior formatação do trabalho (protocolos, fluxos, etc.) para melhor orientá-los. Ele teme, entretanto, que ceder a isso comprometa uma prática mais instituinte e inovadora da parte dos profissionais, apesar de reconhecer que essa falta pode angustiá-los:

Então eu acho que, às vezes, eles são um pouco angustiados pela falta de formatação da metodologia, a não ser naquilo que já tem, que é: vocês têm três estratégias: discussão de caso, vocês podem fazer atendimento compartilhado e visita domiciliar compartilhada e algum grupo; fora isso, vocês podem tudo. Eu falo isso pra eles, 'vocês podem tudo. Mas vocês vão ter que pensar a partir do caso'. E eu acho que essa liberdade também angustia (Entrevista com gestor 2).

O estímulo às práticas instituintes, evidente no cuidado de não engessamento das práticas pelos protocolos¹⁰⁵ e afins, não parece ser feito impunemente. Se o protocolo muitas

¹⁰⁴ PENIDO, C. M. F. **Diário de pesquisa**. [Documentação da autora], 12 de fevereiro de 2012.

¹⁰⁵ Werneck *et al.* (2009, p.31) consideram duas naturezas de protocolos de cuidado à saúde: os clínicos e os de organização dos serviços. Segundo eles, os protocolos clínicos são *instrumentos direcionadores da atenção à saúde dos usuários, apresentando características voltadas para a clínica, as ações preventivas, promocionais e educativas*. Já os protocolos de organização dos serviços são *instrumentos a serviço da gestão dos serviços, abrangendo a organização do trabalho em uma unidade e no território, os fluxos administrativos contidos na proposta dos serviços em rede, os processos de avaliação e a constituição do sistema de informação, estabelecendo as interfaces entre as diversas unidades, entre os níveis de atenção (marcação de consultas, referência e contrarreferência) e com outras instituições sociais*. Para esta discussão, tomamos por referência o protocolo de organização de serviços – ainda que não suficientemente formalizado em documento escrito – naquilo que ele se refere à organização do processo de trabalho e à definição do “que fazer” e de “quem fazer” (WERNECK *et al.*, 2009, p. 36).

vezes desencoraja soluções criativas a partir da necessidade do usuário, a falta de formalização pode sobrecarregar as equipes com repactuações excessivas, para além das necessárias, a cada situação, o que pode gerar um desgaste entre os envolvidos. Perguntamos quanto tempo – artigo raro – custa ao AMSM, para acordar, a cada caso, como as coisas vão ser feitas, sobretudo se considerarmos a rotatividade dos profissionais nas ESFs. Será esse o ônus do tensionamento necessário ao enfrentamento das práticas instituídas, da sustentação daquelas que se pretendem instituintes ou ainda da ampliação da clínica?

Domitti (2006, p. xii) conclui que a metodologia matricial reafirma de forma ampliada a prática clínica dos profissionais, na medida em que “as ações de saúde são construídas a partir das necessidades do usuário e não do conhecimento técnico específico que cada profissão carrega dentro de si, limitando a escuta destas necessidades e a oferta de ações em relação às mesmas”.

A grande responsabilidade e a eventual angústia dos apoiadores, entretanto, parece ser mesclada por um prazer pelo desafio e pela contínua coconstrução do trabalho entre eles e com as ESFs, situação referida várias vezes no grupo focal:

[...] eu acho que é muito legal, muito gostoso, eu sinto que é um trilhar, porque não para, não é estático. O mais gostoso também que é em construção, né? Tem momentos, tem coisas no trilhar que você pára e fala assim: ‘e agora, quê que eu faço?’. Eu reparo que a equipe está muito disposta a te ajudar na hora, ‘vamos fazer assim, vamos fazer isso’. Eu acho que isso possibilita não ser uma coisa estática. E o que é mais gostoso, o desafio de cada dia. Não é uma coisa pronta, é uma coisa que se constrói (Grupo focal com apoiadores).

Eles consideram ainda que trabalhar a partir do caso do sujeito e da rede que sua singularidade aciona é promissor e inovador. Como nos lembra Cruz (2007, p. 73), a rede a qual tanto se evoca, “não está pronta em algum lugar”. Neste sentido, os apoiadores ressaltam a improvisação diária: como, a cada dia, todas as equipes apoiadas trazem situações novas, consideram estar quase sempre ‘improvisando’. Um gestor também reitera que a relação entre os apoiadores e profissionais dos CAPSs é mediada pelo caso e pelos profissionais e não por protocolos:

*– Você falou, esse projeto que é sempre feito assim é...?
– Sempre feito assim na informalidade, porque não é nada escrito, e acaba sendo uma questão mais discutida e construída nessa discussão mesmo do caso. [...] Então o CAPS vai agir dessa forma, a equipe de saúde da família vai fazer tal circunstância, complementando através do... O agente de saúde, por exemplo, orientando na utilização da medicação, o apoio matricial verificando se a*

medicação tá sendo adequada, se tem que aumentar ou se não. Então, essas questões que a gente vai fazendo um combinado, muitas vezes fica sendo um projeto informalizado. Mas eu acho que isso acaba sendo um projeto (Entrevista com gestor 5).

As narrativas indicam que a improvisação mencionada pelos apoiadores tanto se refere ao que seria considerado o protocolo clínico quanto ao que seria considerado organizacional, definindo-se no calor do caso “o que fazer” e “quem fazer”.

Embora haja objetivos e metas definidos no projeto matricial escrito, no qual a construção de protocolos com critérios e fluxo de clientela entre a saúde mental e as ESFs é previsto, tal documento não foi elaborado. Segundo relatos dos entrevistados e nos grupos focais, o AMSM foi tecendo informalmente e reiteradamente a cada caso, juntamente com as ESFs e equipe de SM, esses protocolos ou projeto “combinado”.¹⁰⁶ Entretanto, há uma grande quantidade de registros das discussões dos processos de trabalho, a partir dos casos, com decisões e seus desdobramentos específicos, em relatórios ou atas de reuniões da equipe matricial e dos CAPSs. Scherer *et al.* (2009) abalizam que a abrangência ou complexidade dos casos dispara processos analíticos e decisórios impossíveis de se prever totalmente em um projeto escrito:

Os serviços de saúde atendem a necessidades complexas e variáveis e não podem ser totalmente padronizados. Os profissionais precisam de autonomia para traduzir normas gerais a casos particulares, decidir como e qual serviço prestar para atender às necessidades de saúde [...]. O ambiente é propício a conflitos entre atores com diversos interesses, nem sempre convergentes, o que demanda um processo de negociação permanente’ (SCHERER *et al.* 2009, p. 723).

O grupo dos apoiadores avalia que tem uma autonomia considerável, apesar de trabalhar de forma próxima à respectiva coordenadora. Eles pensam que as propostas que apresentam são bem acolhidas e problematizadas em um contexto de construção conjunta: *Nós somos gestores do nosso trabalho. A coordenadora do apoio matricial, ela consegue fazer isso* (Grupo focal com apoiadores).

Os depoimentos acima nos sugerem uma importante modalidade de implicação dos apoiadores no AMSM: eles assumem a gestão do trabalho matricial como sujeitos que interferem nessa construção, ousando, criando, mas também se angustiando com a liberdade e a improvisação. A complexidade de sua função é evidente: além do exercício clínico e

¹⁰⁶ Esse processo pode ter colaborado para uma maior apropriação da proposta matricial pelos trabalhadores das ESFs, os quais não participaram da sua construção desde o início. Ver capítulo “Histórico da implementação do Apoio Matricial em Saúde Mental em Santa Luzia: fatos e análise da sua fundação institucional”.

pedagógico, a cogestão do processo de trabalho. Nesse sentido, Neves Filho (2009) constatou a necessidade de maior supervisão e apoio a tais profissionais, função que tem sido desempenhada tanto pela coordenadora do AMSM quanto por apoiadores experientes na função.¹⁰⁷ Como indicado por Scherer *et al.* (2009), percebemos se tratar, no caso dos apoiadores, de preparo forjado no próprio processo de trabalho, para o qual os saberes do processo de formação se fazem insuficientes, tornando o desafio ainda maior:

De certa maneira, sempre há algo de desconhecido no trabalho em saúde, na prescrição do cuidado. Cada projeto vai provocar cooperação e conflitos entre os profissionais, na definição dos problemas prioritários, bem como dos recursos e meios para resolvê-los. Os saberes adquiridos ao longo do processo de formação são necessários para atuar nesse cenário, mas insuficientes. O contexto organizacional e profissional coloca a seguinte questão: como avançar no sentido de um projeto que exige flexibilidade, humildade e construção de campos de conhecimento? (SCHERER *et al.*, 2009, p. 724).

Com todas as dificuldades elencadas, percebemos, ainda, no grupo focal com apoiadores, uma crença de que é possível prosseguir:

Dificuldades em relação às equipes [refere-se à ESF], em relação aos próprios CAPSs. Por vezes você não sabe nem o que fazer, de tão complicado que é. Às vezes você está tão a fim de que o trabalho dê certo e o seu colega lá, que você está ali apoiando, não está tão a fim. Eu acho que, não sei, hoje é buscar trabalhar mesmo as frustrações e acreditando que é possível. Eu acho que o sentimento é esse: de que é possível mesmo com todas as dificuldades (Grupo focal com apoiadores).

Além dessa, identificamos outra crença: de que mesmo com as dificuldades, a potência da delicadeza da estratégia matricial promove mudanças:

E é engraçado que é uma ferramenta que é leve, no sentido assim, de recursos, mas ela é tão assim delicada, e ela mexe tanto, às vezes, com o funcionamento, com o processo de trabalho, que acaba levando a mudanças mesmo (Grupo focal com apoiadores).

Ao que tudo indica, a delicadeza parece ser mesmo um atributo necessário e redimensionador do desafio que a função de apoiar traz em si: “Temos o desafio de pensar em equipes de referência, Colegiados, apoios matriciais, etc. como bifés de picanha. Deliciosos, à

¹⁰⁷ Os novos apoiadores, antes de começarem a trabalhar, cumprem um período de estudos e discussão teórica sobre o AM e, posteriormente, passam pelo menos quinze dias observando reuniões de matriciamento.

hora certa. Se nos apressarmos demais corremos risco de matar alguém engasgado” (ONOCKO CAMPOS, 2005, p. 143).

Releio o texto sobre a implicação dos apoiadores e me vem à mente a imagem de um atleta que supera a dor para atingir seus objetivos, desfrutando do prazer que o desafio lhe proporciona. Parece-me que a oferta do espaço democrático de construção e gestão do processo de trabalho, associados ao compartilhamento ideológico, contribuem para uma aliança solidária entre os apoiadores e deles com a coordenação, o que minimiza as dificuldades enfrentadas. São os ‘atletas’ (e a coordenadora/ ‘treinadora’, por que não?) alienados?(Diário de pesquisa, 20 de agosto de 2012)¹⁰⁸

Finalmente, após terminada a análise, percebemos que entrevistar apoiadores que deixaram a equipe poderia ser revelador de outros detalhes sobre a implicação desse segmento na estratégia matricial. Apesar de o assunto ter sido abordado na entrevista com um dos gestores, as razões elencadas para suas saídas se referiram apenas a questões de cunho pessoal, o que não nos trouxe luz à questão.

6.4 Aspectos da implicação dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família no AMSM

Identificamos a emergência de três sub-categorias, referentes, notadamente, à categoria potencialidades, nas narrativas referentes à relação dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família com a instituição AMSM, as quais se apresentaram imbricadas entre si: vínculo (com os apoiadores e usuários), construção de autonomia e segurança para prestar cuidados em saúde mental.

De forma geral, os apoiadores são considerados abertos, tranquilos e sempre prontos a ensinar. Sua disponibilidade é ressaltada: alguns trabalhadores dizem ter o número dos celulares pessoais dos matriciadores,¹⁰⁹ com quem tiram dúvidas e resolvem problemas fora do dia e horário da reunião matricial:

Então eu ligo pra psiquiatra, pra psicóloga, peço orientações, então eu tenho esse contato (Grupo focal com médicos).

¹⁰⁸ PENIDO, C. M. F. **Diário de pesquisa**. [Documentação da autora], 20 de agosto de 2012.

¹⁰⁹ Não é uma regra. O combinado entre as equipes é que a ESF, fora do horário de apoio matricial, deve acionar os plantonistas dos CAPSs, em caso de necessidade.

Sem falar que o vínculo deles [refere-se aos apoiadores] com a gente, profissionais, é muito forte, eles nos deixam no direito de, quando surgir algum problema, ligar diretamente pra eles e tentar solucionar (Grupo focal misto).

O sentimento de segurança pelo apoio é bastante evocado:

A gente sente mais fortalecida porque a gente sabe assim: tem alguém que a gente pode contar e se apoiar (Grupo focal com ACSs).

Percebemos que há, muitas vezes, uma personificação da estratégia matricial na figura dos apoiadores e trabalhadores das ESFs – com destaque para os primeiros –, o que pode ser próprio a uma estratégia que se revela em ato, como é em grande parte o caso do AMSM. No grupo focal com enfermeiros, por exemplo, enfatizou-se o sentimento de segurança porque a equipe apoiadora é “muito boa”. Tal depoimento permite reforçar o papel da tecnologia leve no apoio matricial, cujos agentes podem colaborar para torná-lo um dispositivo potente ou não. Lourau (2004c) também destaca o lugar do homem na instituição, reconhecendo nele um poder instituinte:

[...] a instituição, embora se apresente como um fato exterior ao homem, necessitou de seu poder instituinte. Além disso, se o homem sofre as instituições, também as cria e as mantém por meio de um consenso que não é somente passividade diante do instituído, mas igualmente atividade instituinte, a qual, além disso, pode servir para pôr em questão as instituições (LOURAU, 2004c, p. 73).

Nesse sentido, constatamos que o objeto das narrativas em análise se refere, em grande parte, ao próprio agenciamento matricial operado pelos atores, considerando ser o apoio matricial uma tecnologia relacional e cogerida.

O sentimento de segurança, por exemplo, é associado à certeza de que se pode contar com o apoio do matriciador em caso de necessidade, mesmo que não esteja prevista sua presença na UBS naquele dia. No grupo focal com médicos, houve um relato sobre um psicólogo que foi a Santa Luzia fora do seu dia de trabalho para atender um paciente com ideação suicida, porque sabia que era um caso grave e que o usuário se recusava a ir ao CAPS. O exemplo ilustra, inclusive, como a segurança sentida pelo profissional da ESF pode se fundar, muitas vezes, na sobreimplicação do apoiador.

O sentimento de segurança dos profissionais da ESF também está relacionado à forma como o apoio é agenciado:

Quando eu entrei no centro de saúde Z [refere-se ao nome da UBS] era outro médico que dava esse apoio. E eu ficava meio que assustada porque as ACSs chegavam, só passavam os casos e ele falava: ‘Trata com isso e isso...’ e pronto, acabou. Então não tinha aquela discussão do caso, aquele apoio. Então eu ficava meio perdida, pra mim era a mesma coisa que nada. Depois que mudou,¹¹⁰ aí melhorou. Então do jeito que está funcionando hoje, pra mim é o certo. Que é o caso de sentar, discutir, em atendimento compartilhado, essas coisas assim. (Grupo focal com médicos).

Descreve-se, na sequência, o que se esperava do apoiador – que houvesse troca de saberes e competências, um aprendizado mútuo: *Não tinha aquela interação no caso, como por exemplo: “Ô fulano, vamos fazer isso? Vamos fazer aquilo? O que você acha de fazer...?”* (Grupo focal com médicos)

Pelos depoimentos, há, portanto, expectativa de que habilidades relacionais e comunicacionais sejam exercitadas em contexto mais democrático. Ao que tudo indica, a forma como o apoio é ofertado é que vai classificá-lo enquanto tal, o que por sua vez interferirá na implicação dos trabalhadores da ESF no AMSM. O depoimento acima é imediatamente reconhecido, no grupo focal com médicos, como indicando o que acreditam ser um apoio efetivo, baseado na interação: *Eu também acho, é um apoio que realmente apoia. Então, dá uma segurança e apoia mesmo* (Grupo focal com médicos).

A segurança, nesse caso, não está associada à simples indicação terapêutica feita pelo apoiador, mas à possibilidade de discutir, decidir e negociar coletivamente o projeto terapêutico do usuário. Não se trata do generalista ocupar um lugar de refém frente ao saber do especialista – situação que nos lembra o lugar do paciente no tradicional modelo da clínica médica e que, em última instância, não colabora para alterar o coeficiente de autonomia dos trabalhadores da ESF, tampouco é exclusividade dos médicos da ESF, podendo também orientar as práticas de apoiadores médicos.

Como tivemos a oportunidade de discutir, acredita-se que a vertente pedagógica do AMSM possa colaborar para ampliar a autonomia dos trabalhadores da ESF em saúde mental, mas os apoiadores de Santa Luzia, entretanto, têm dúvidas sobre sua atuação como formadores. As categorias profissionais da ESF, todavia, não só reconhecem o matriciamento como oportunidade de aprendizagem para identificar e tratar casos de transtornos mentais – o que é corroborado por Figueiredo (2006), Figueiredo e Onocko Campos (2009) e Lopes *et al.* (2010) – quanto usufruem de sua potência pedagógica:

¹¹⁰ A mudança no processo de trabalho referida no grupo focal com médicos deveu-se à troca do apoiador e não à discussão do processo de trabalho entre ESF e AMSM.

E às vezes de um comentário de outro caso, acaba direcionando um caso semelhante. É interessante... (Grupo Focal Misto).

-E um caso serve de exemplo pro outro, né? Às vezes tem um caso que a gente discute e pensa: 'Mas assim que resolveu? Ah, então já vou fazer assim'. Já resolve. Melhora.

-E tem coisa que a gente nem passa mais para o matricial porque a gente já conseguiu resolver. Então isso, eu acho que a gente cresceu, nessa questão, que às vezes nem é da nossa formação mesmo, mas que a gente está conseguindo melhorar também. (Grupo focal com enfermeiros).

E hoje, depois do matriciamento em Santa Luzia, há 8 meses, eu sei mais de saúde mental do que antes, do que há oito meses atrás. Então quer dizer, isso acrescentou. Se hoje eu sei mais de saúde mental do que há oito meses, isso veio da matricial (Grupo focal com médicos).

A vertente técnico-pedagógica do apoio matricial, (CAMPOS; DOMITTI, 2007) ao que tudo indica, contribuiu não só para o aumento da autonomia quanto da segurança dos trabalhadores da ESF:

E outra coisa que eu noto também: a gente vê diferença – todos nós aqui temos matriciamento – mas eu vejo diferença quando eu converso com enfermeiro que não tem, o tanto que o que não tem, ele é mais fragilizado pra atender esses pacientes. Coisa que a gente pensa: 'Nossa, eu tiraria isso de letra e eles com essa dificuldade'.

– E hoje também eu acho que a gente tem menos medo assim, na hora que a gente vê, a gente sabe como agir melhor. Então a gente já não tem aquela preocupação (Grupo focal com enfermeiros).

Por sua vez, identificamos que o aumento da autonomia e segurança para o cuidado em saúde mental contribuiu para a redução do número de encaminhamentos dirigidos aos CAPSs – mandato institucional conferido ao AMSM desde sua fundação,¹¹¹ o qual tem sido cumprido:

Eu acho também que foi um método deles desafogarem o fluxo de pacientes pro CAPS também, sem necessidade. É estar selecionando os pacientes que realmente precisam de atendimento lá (Grupo focal com ACSs).

– Você está contando que diminuiu o número de encaminhamentos. Isso é uma prática comum, de todos, ou não?

– Diminuiu muito.

– Sim, a gente quase não faz.

– Quase não encaminha (Grupo focal com enfermeiros).

¹¹¹ Ver capítulo “Histórico da implementação do Apoio Matricial em Saúde Mental em Santa Luzia: fatos e análise da sua fundação institucional”.

– [...] a gente até encaminhava mais, por insegurança... às vezes coisas que não tinha tanta necessidade. Agora a gente está tendo mais segurança de poder tratar o paciente no posto (Grupo focal com médicos).

A diminuição dos encaminhamentos para os CAPSs, por seu turno, se amparou no aumento da segurança e de habilidades técnicas e relacionais dos trabalhadores da ESF para o cuidado em saúde mental, o que colaborou para o estreitamento do vínculo com o usuário, o qual também passou a se sentir mais seguro em relação à ESF:

O paciente tem mais confiança não só na gente, mas como nos profissionais, como o médico, o enfermeiro. Parece que eles se sentem mais seguros em questão ao matriciamento (Grupo focal com ACSs).

A matricial vem te dar um pouco mais de segurança. Você passa um primeiro medicamento, mas você sabe que depois você vai discutir com eles, se aquela medicação está certa, se não tá, qual é o caso, você tem um pouco mais de segurança. Você prende o paciente, você fica com ele. (Grupo focal com médicos)

Trouxe o paciente mais pra unidade. A gente conheceu mais a história do paciente juntamente com os profissionais psiquiatras e psicólogos (Grupo focal com enfermeiros).

Criou um vínculo também do paciente com o PSF, que é a confiança com a equipe, então assim, isso é muito bom, acho bom pra gente, bom para o paciente. De um modo geral, bom para a saúde de todos (Grupo focal Misto).

Os trabalhadores dizem ter passado a encarar de outra forma a pessoa com transtorno mental, revendo conceitos e modos de agir, o que favoreceu tal proximidade em relação ao usuário. A proximidade, por sua vez, estimulou ainda mais não somente o aprofundamento no conhecimento do caso, mas também a resolutividade:

– Então, como a gente fica mais com o paciente, então a gente tem mais interesse em aprender sobre aquele assunto, estudar.

– E automaticamente você fica mais resolutivo (Grupo focal com médicos).

No grupo focal com enfermeiros, foi considerado que a maior aproximação do usuário possibilitou responsabilizar também a família nos cuidados e contribuiu para aumentar a adesão ao tratamento e os períodos de estabilidade do usuário. Relatou-se, ainda, a diminuição da demanda dos familiares por consulta e internação para o usuário, graças ao fato da equipe matricial ajudar a ESF a conversar com os familiares, desfazendo ideias errôneas sobre os transtornos mentais e seu tratamento, melhorando o suporte oferecido àqueles.

A proximidade geográfica da UBS, em contraposição aos CAPSs,¹¹² contribui para estreitar o vínculo entre os usuários e trabalhadores da ESF, segundo os últimos. Nesse contexto de territorialização, eles destacam ainda que o AMSM, além de ter aproximado da ESF o usuário e familiar, aproximou o próprio ACS em relação ao restante da equipe, como também identificado por Onocko Campos *et al.* (2012), responsabilizando-o pela discussão dos casos de usuários da sua área de abrangência, particularidade sobre a qual nos deteremos adiante.

Indagamo-nos, entretanto, se o fato da equipe matricial ser itinerante não afetaria negativamente o vínculo entre trabalhadores da ESF e apoiadores, pilar sobre o qual se sustenta a relação de troca e construção coletiva em direção a uma maior autonomia e segurança nos cuidados em SM. Como em Santa Luzia não existem equipes de SM fixas nas UBSs e que realizam o AMSM, os dados coletados não possibilitaram perceber tais diferenças e inferir sobre a questão. Todavia, encontramos em Figueiredo e Onocko Campos (2009) que a vinculação das equipes de SM a uma UBS específica não significa aumento da autonomia dos trabalhadores das ESFs, ao contrário:

Já na narrativa das equipes de unidades que não possuem equipes de Saúde Mental aparecem alguns critérios mais apurados que norteiam a avaliação de risco, assim como uma referência à sua maior autonomia no acompanhamento de pacientes em sofrimento psíquico. Coincidindo com as falas dos profissionais de Saúde Mental que as apoiam, essas equipes costumam acionar o Apoio Matricial após já terem esgotado a discussão do caso e avaliado a legítima necessidade de atendimento especializado (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009, p. 136).

A itinerância dos apoiadores em Santa Luzia, além disso, não impede que eles sejam reconhecidos como uma equipe da própria UBS:

Hoje em dia a matricial é uma equipe do posto. A gente já tem um vínculo com eles. A gente até desabaфа coisas particulares nossas, eles tiram dúvidas. Ah, eu tô com uma parente assim, não sei o quê. Se tornou um vínculo mesmo na equipe (Grupo focal com enfermeiros, grifo nosso).

Além do que expusemos até aqui, percebemos peculiaridades na implicação das diversas categorias profissionais no AMSM que podem nos ajudar a aprofundar ainda mais a

¹¹² Em Santa Luzia, os CAPS se localizam na “Parte Alta” da cidade, que é distante dos Distritos, onde se encontram a maior parte das UBSs e da população SUS dependente.

compreensão sobre a implicação do segmento dos trabalhadores das ESFs no AMSM. É o que apresentaremos a seguir.

6.4.1 Algumas peculiaridades da implicação das diversas categorias profissionais da Estratégia de Saúde da Família no AMSM

ACSs: valorização da categoria e diminuição do preconceito em relação aos usuários com transtornos mentais

Os ACSs relatam que, no início, tinham certa resistência ao AMSM. Nesta época, eles achavam a estratégia muito restrita à ida dos apoiadores às UBSs para acompanhar usuários egressos dos CAPSs ou dar notícias daqueles que lá se tratavam. Além do mais, entendiam que o encontro matricial ocupava o tempo que deveria ser empregado para entregar avisos de consultas nas casas dos usuários ou até almoçar – quando a reunião demorava a terminar no turno da manhã.

Entretanto, à medida que foram aparecendo bons resultados do trabalho – identificados como a melhora dos usuários e da articulação com os CAPSs – eles perceberam que era uma boa estratégia tanto para eles quanto para os próprios usuários.

Aí, com o desenrolar da história, a gente foi vendo que foi dando certo, apesar que o atendimento é deficiente ainda, né? Mas, menina, é uma coisa incrível! Quando o negócio dá certo, a gente esquece das picuinhas... Eu esqueço que eles [refere-se aos apoiadores] estão correndo ou estão atrasando e é maravilhoso, quando você vê que funciona. E realmente o matriciamento funciona (Grupo focal com ACSs).

Para os ACSs, a confiança no AMSM aumentou depois que os psicólogos passaram a retornar às UBSs em horários diferentes do encontro matricial, para atendimentos aos usuários (percepção também reiterada no grupo com apoiadores):

Marca um dia da semana pra entrevistar o paciente. E ele está se sentindo protegido, acolhido. E está dando realmente resultado. Agora realmente eu comecei a acreditar (risos) (Grupo focal com ACSs).

Apesar da mudança referida, os ACSs nos contam de colegas que não vão à reunião matricial, às vezes justificando grande número de avisos de consultas para entregar nas casas

dos usuários, mas que na realidade teriam se tornado desmotivados para estar presentes na reunião porque o caso que levaram anteriormente para discussão não foi “resolvido”:

Igual às vezes tem desmotivação realmente, às vezes se a pessoa leva o caso e aquele caso não foi resolvido, então a pessoa fica um pouco desmotivada. Então, às vezes nem todos, porque às vezes a equipe chega [refere-se à equipe matricial], às vezes só tem duas, uma pessoa só participando que leva aquele caso e as outras vão entregar consulta e as outras falam que não vão participar porque aconteceu isso e tal e hoje eu não tô a fim. Mas sempre, sempre todas as equipes participam. (Grupo focal com ACSs).

Não fica claro a que tipo de resolutividade os ACSs mencionados aludem ou mesmo se eles se referem a usuários com transtornos mentais crônicos, em relação aos quais a resolutividade pode adquirir outro sentido que não a “resolução”. De qualquer forma, a ausência ou boicote à reunião matricial sugere que eles deixam o ônus da não resolutividade para o AMSM, não se havendo com a tarefa de pensar juntos o projeto terapêutico, problematizando limites e possibilidades. Também Sousa *et al.* (2011), identificaram a dificuldade dos trabalhadores da ESF quanto à corresponsabilização pelos projetos terapêuticos dos usuários. Delfini *et al.* (2009) observam, por sua vez, a expectativa inicial dos profissionais das ESFs de que os matriciadores resolveriam os casos discutidos. Segundo estes últimos autores, entretanto, à medida que tal expectativa era discutida, a ESF também passava a valorizar seus conhecimentos, se disponibilizando para a construção conjunta das estratégias de cuidado.

Na devolução da pesquisa, um enfermeiro explica que houve grande expectativa gerada com a presença “chique” de psicólogos e psiquiatras nas UBSs, a qual foi compartilhada com a população, gerando cobranças quanto à assistência. Quando os ACSs perceberam que a presença dos matriciadores não se desdobraria em uma agenda de atendimentos, houve uma decepção que colaborou para certa resistência inicial ao AMSM, o que foi mudando com o tempo, esclarecimento da proposta de trabalho e resultados observados (Relatório de devolução da pesquisa, 10 de setembro de 2012).¹¹³ Esse depoimento reitera o fato de que a proposta matricial não foi suficientemente pactuada com os trabalhadores das ESFs na ocasião de sua implantação, tendo gerado expectativas que não se cumpriram e que permearam a implicação inicial dos trabalhadores com o AMSM.

Segundo relatos dos grupos focais, os ACSs são os profissionais que mais têm contato com os usuários e o AMSM os aproximou ainda mais do restante da equipe ao convidá-los a

¹¹³ PENIDO, C. M. F. **Relatório**. [Documentação da autora], 10 de setembro de 2012.

contribuir nas discussões de caso e propor a responsabilização pelos casos de usuários pertencentes à sua área de abrangência. Dessa forma, é afirmado que, com o AMSM, os ACSs passaram a se perceber e serem percebidos como importantes. Segundo as narrativas, depois do AMSM, os ACSs teriam ficado com um olhar mais crítico para identificar necessidades e demandar cuidados em saúde mental, o que não era realizado antes. Isso sugere que os ACSs, principalmente no campo da SM, passaram de meros transmissores de queixas de usuários a identificadores de necessidade de cuidados, o que lhes estimulou outra modalidade de implicação no trabalho, caracterizada por um maior protagonismo.

O AMSM significou valorização do papel do ACS na ESF ao reforçar a importância de outras dimensões, além da biológica, no cuidado ao usuário e criticar um modelo assistencial centrado na prática ambulatorial, que não deixa muito espaço para o protagonismo dos ACSs. Nesse sentido, Silva *et al.* (2012) também afirmam que, com o AMSM, os ACSs passam a se perceber como sujeitos do seu próprio saber, sendo os maiores conhecedores dos problemas sociais que atingem os usuários e que os fazem sofrer psiquicamente, como exemplifica este depoimento:

O trabalho do ACS também se tornou muito valorizado. Sabe por quê? Teve uma paciente que chegou perto de mim e falou: 'Eu estou precisando de um relatório pra minha mãe'. Eu falei: 'Tá, eu vou ver o que eu posso fazer por você. Vou marcar uma consulta pro médico.' Ela falou assim: 'por que pro médico? Por que não você pode fazer o relatório?' Eu falei: 'por que eu?' 'Porque você é que vem acompanhando a minha mãe desde o primeiro tratamento. Então você é a pessoa que pode dar todos os detalhes da vida da minha mãe até hoje, do tratamento dela, que tem sido acompanhado'. Eu até me senti assim... nossa... que bom!' [risos](Grupo focal com ACSs).

A razão da valorização do trabalho dos ACSs no contexto do AMSM é apresentada em outro grupo focal:

Inserir o ACS é inserir a vivência dele. Às vezes tem alguma coisa no meio familiar que quem tá no consultório não enxerga e o ACS que tá na casa traz uma informação essencial pro tratamento, pra descobrir a causa que tá perturbando, pra atingir o tratamento ideal [para o usuário] (Grupo Focal Misto).

Diferentemente da maioria dos médicos e enfermeiros, os ACSs moram no município e, mais especificamente, na área em que trabalham. Identificamos, nas narrativas desses, que a sua proximidade em relação aos usuários –os quais depositam neles suas cobranças e

expectativas dirigidas ao Setor Saúde – influencia sua modalidade de implicação no AMSM. Desta forma, as relações interprofissionais e com a estratégia matricial podem ser instiladas por certa passionalidade ou permeadas por cobranças, muitas vezes assistencialistas.

Os relatos do grupo focal com ACSs nos permitem afirmar que a peculiar situação de proximidade dos ACSs em relação aos usuários é potencialmente produtora de sobreimplicação no trabalho: ... *a gente já toma a área da gente como se fosse uma família grande da gente* (Grupo focal com ACSs), o que é corroborado pelos achados de Nunes *et al.* (2002) e Silva *et al.* (2012). Exemplos disso são os relatos sobre ACSs que dizem ficar sem dormir pela preocupação com a situação social do usuário, percebendo-se como capazes de brigar por eles, se necessário, e até mesmo se organizarem para garantir àquela família o que comer:

Fizemos uma vaquinha, cada um comprou alguma coisa e nós fizemos uma cesta básica. Aí na hora que nós chegamos e entregamos pra ela assim, a paciente chorando de um lado e alguns Agentes de Saúde chorando do outro. Por que? Pela coisa que nós fizemos: uma obra social. Porque às vezes as pessoas esperam a assistente social fazer isso, a creche comunitária fazer aquilo, mas às vezes a gente mesmo pode resolver o problema do paciente. Entendeu?(Grupo Focal Misto).

Segundo Nunes *et al.* (2002), “o fato de ser o ACS um membro da própria comunidade, torna as fronteiras entre ele e os outros habitantes muito mais porosas, criando expectativas e julgamentos específicos e definindo posições e papéis muito particulares” (NUNES *et al.*, 2002, p. 1.644). Silva *et al.* (2012) identificaram que na aproximação e envolvimento dos ACSs com as famílias há transposição dos problemas e das misérias humanas, sendo que os ACSs acabam assumindo grande responsabilidade em diversos aspectos.

No contexto do AMSM e como tentativa de colocar limites nesta situação, um ACS diz ter sido orientado a não interagir muito com os usuários, sob o risco de ser tomado por um “psicólogo” e, dessa forma, ser excessivamente demandado, inclusive fora do seu horário de trabalho. Tal situação, que se revela como um conflito latente, (re)aparece no grupo focal com enfermeiros, ao relatarem que cada ACS acredita que o caso dele é mais urgente do que dos outros, sendo necessário colocar limites neles porque não é possível discutir mais do que um caso por ACS no horário da reunião matricial. Afirmam, ainda, que são mais demandados pelos ACSs do que pelos próprios usuários, mas traduzem tal interpelação como tentativa dos

ACSs de resolver o problema dos usuários para se verem livres deles ou se verem livres das cobranças – que repassam aos outros atores, sejam eles enfermeiro, médico ou apoiador.

No grupo focal com ACSs, foi reiterado que o envolvimento deles com os usuários se dá pela carência social, econômica e afetiva desses, os quais, “se sentem acolhidos e respeitados com um simples cumprimento ou abraço”. Dizem que a maneira com que lidam com os usuários com transtornos mentais é diferenciada em relação aos demais usuários porque os primeiros precisam de mais disponibilidade deles. Acrescentam que os usuários, de forma geral, se sentem seguros com eles, cobrando-lhes visitas para conversar e desabafar e se constituindo em seus principais motivadores para o trabalho como ACS. Assim, a carência de atenção por parte dos usuários é recebida com satisfação, possivelmente porque se trata de um indício de valorização do seu trabalho. Da mesma forma que os usuários, os ACSs também se posicionam como carentes de atenção e valorização do seu trabalho, sobretudo por parte dos gestores. Assim, há, da parte dos ACSs, uma identificação com o usuário pela via da carência.

No grupo focal com ACSs é destacado que este é o profissional que mais traz informações sobre a situação sanitária, social e de saúde do usuário, mas que, infelizmente, é o que tem menos retorno de outros serviços, gestores e, possivelmente, até da própria equipe, uma vez que o enfermeiro é, muitas vezes, seu porta-voz em relação ao médico e aos outros serviços. Exceção disso é a prática do AMSM, que o inclui na roda de discussão de casos dos usuários, talvez daí a compreensão de que o AMSM valorizou o trabalho dos ACSs:

*Porque se deixar fica lá na maciota (sic), faz visita quando quer. Não. A matricial, eles olham na cara deles e perguntam: ‘E o seu paciente?’ Aí eles têm que falar. Isso aí, o ACS participando do apoio matricial – porque se não tem apoio matricial não tem como o ACS participar, né – isso é positivo e muito.
– E a gente vê que eles gostam de mostrar que eles sabem.
– Gostam (Grupo focal com enfermeiros).*

[...] serviu [refere-se ao AMSM] pra gente despertar, principalmente nos ACSs, a função deles, de quanto eles são importantes (Grupo focal misto).

Acreditamos que não se trata simplesmente do AMSM ter valorizado o trabalho dos ACSs, mas antes, do AMSM ter reforçado o modelo da Estratégia de Saúde da Família, que atribui grande valor ao saber do ACS e ao seu potencial de intervenção na comunidade. Porém, restam conflitos importantes, quando nos deparamos com afirmações como a do grupo focal acima, com enfermeiros, de que “se deixar, [o ACS] fica na maciota (sic), faz visita quando quer”. Tal afirmação aponta para o contrário da sobreimplicação encontrada

anteriormente, no grupo focal com ACSs, para ajudar financeiramente uma família, remetendo à ambiguidade e paradoxos vivenciados na ESF em relação aos ACSs.

De qualquer forma, percebemos, nas narrativas dos grupos focais, indícios de uma associação entre a valorização e a disposição para corresponsabilização por parte dos ACSs, no contexto do AMSM. Ao final do grupo focal, os ACSs ressaltaram o sentimento de compromisso com o AMSM e a satisfação com o retorno observado:

– Pra mim é o compromisso. O paciente passar o quê que ele tá precisando, pro ACS, o ACS transmitir pro médico ou enfermeiro, ter o retorno na matricial e ver o resultado. Então um compromisso que a gente tem com eles.

– Pra mim é gratificante pelo retorno que tá tendo, pelos pacientes.

– E com o respeito do paciente com o ACS, o trabalho flui melhor. Acho que é muito bom (Grupo focal com ACSs).

Finalmente, no grupo focal com ACSs, chegou-se à conclusão de que os ACSs tratam bem o usuário porque também querem ser bem tratados, bem avaliados, respeitados e reconhecidos no seu trabalho. Querem ser valorizados, enfim. Tivemos a impressão de que esse grupo focal funcionou verdadeiramente como um dispositivo de análise de seu trabalho, surpreendendo positivamente muitos deles, conforme vários depoimentos. Ao final da atividade, eles fizeram questão de expressar a satisfação por terem participado.

A outra peculiaridade referente à relação dos ACSs com o AMSM é o destaque dado por eles às mudanças observadas na sua relação com usuários com transtornos mentais, graças à diminuição do preconceito, o que eles creditam ao aprendizado obtido no contexto do AMSM:

[...] o que que aconteceu? Humanizou o trabalho com as pessoas com problemas, foi a humanização. A gente sabe trabalhar com eles de um jeito mais humano, sabe avaliar o que ele passou. Então, se hoje ele tá numa situação dessas, não foi à toa. É uma série de coisas que aconteceu com ele. Então a gente é mais humano no momento de trabalhar com eles (Grupo focal com ACSs).

A gente passa a ver o paciente de saúde mental mais como pessoa, não como um doido, como um surtado (Grupo focal com ACSs).

A gente já não fala assim: ‘Eu vou ter que ir na casa daquele chato’. A gente já vê realmente o paciente. ‘Eu preciso ir lá’. Porque antigamente a gente falava assim: ‘Ô meu Deus, hoje chegou o dia de eu ir na casa daquele chato lá e escutar aquela mesma coisa’. Era um terror pra nós ACSs. E hoje não, a gente vai, a gente até procura ir mais de uma vez pra poder saber se tá tudo bem, porque a gente aprendeu que realmente o paciente precisa e ele está com problema realmente, não é frescura. Eu pensava que era (Grupo focal com ACSs).

A melhor aceitação da necessidade do uso de psicofármacos, quando indicado pelo psiquiatra, também é relatada como uma das mudanças observadas por eles:

[...] a vida do usuário fica bem melhor, tem uma direção. E a nossa também, porque a gente fica satisfeita com a resposta que deu e o apoio que eles nos dão também. De explicar das doenças, as patologias, as medicações, pra quê que servem e o porquê. Igual eu ficava emburrada: Por que a saúde mental dá um remédio pra pessoa ficar paralisada? Isso não é um tratamento digno, isso não é um tratamento, não é uma cura. Só colocar a pessoa quietinha ali e ela não tem reação nenhuma... E não é isso, né? (Grupo focal com ACSs).

Os ACSs revelam ainda que o AMSM os ajudou não só ao esclarecê-los sobre os transtornos mentais, mas também ao discutir os casos específicos dos usuários sob sua responsabilidade. Podemos supor que o tema do preconceito em relação às pessoas com transtornos mentais não tenha sido tão presente em outros grupos focais porque enfermeiros e médicos das ESFs têm, por princípio, maior oportunidade de conhecer e estudar sobre transtornos mentais, o que pode ter contribuído para diminuir o preconceito fundado na falta de esclarecimento, embora nem todo preconceito se justifique somente por essa falta. Em todo caso, os ACSs nos apontam que a sua disponibilidade para os usuários com transtorno mental mudou quando foram capazes de compreendê-los e entender melhor suas doenças.

Em suma, quando superadas falsas expectativas quanto ao objetivo da estratégia matricial, pode-se afirmar que a implicação dos ACSs no AMSM é marcada pelo sentimento de valorização da categoria e pelo processo de mudança dos preconceitos relativos ao campo da saúde mental, o que reafirma a ferramenta do apoio matricial como potente para provocar a mudança dos sujeitos na produção da saúde.

Médicos: o processo de reordenamento das relações de poder na ESF e o destaque ao potencial pedagógico da metodologia matricial

Pelas narrativas dos grupos focais e entrevistas, as reuniões em equipe não aconteciam antes da chegada da equipe matricial. Percebemos que a recorrência ao Método da Roda¹¹⁴ pelo AMSM reavivou nos atores a proposta democrática e dialógica da Estratégia

¹¹⁴ Ver capítulo “Revisão da Literatura e problema de pesquisa”.

de Saúde da Família, bem como o sentido de equipe, muitas vezes abafado pelo cotidiano individualista, permeado de demandas infundáveis e orientado por paradigmas incompatíveis com tal proposta.

O trabalho em equipe provoca a reflexão sobre um reordenamento das relações de poder, como identificado no grupo focal com médicos:

- *Você tem que partir do princípio que você tem que trabalhar em equipe e equipe não é só o médico. Existe o enfermeiro, existe o auxiliar, existe o ACS. Na verdade os ACSs são os nossos olhos lá na comunidade. Igual você falou, tem o psicólogo. Então é uma equipe. A partir do momento que você sabe o quê que é o conceito de PSF, de equipe, você vai poder trabalhar no PSF. [...]*
- *Agora, se você chega com uma cabeça de médico, de hospital, de ambulatório, esquece! Você não vai conseguir trabalhar no PSF. Você vai querer mandar, você não está ali pra mandar (Grupo focal com médicos).*

Os depoimentos que levam em conta tal reordenamento das relações de poder tendem a focar na relativização do poder do médico nesse novo cenário, mudança também reconhecida pelos gestores:

A primeira coisa que a gente percebeu é o seguinte, embora se chame, embora o nome seja Equipe de Saúde da Família, não tem essa ideia, não é uma equipe, não se estrutura em equipe, nem em termos de trabalho, nem em termos de planejamento, nem em termos de execução, é muito individualista. O profissional médico, especialmente, ele é muito individualista. Quando a equipe de matriciamento chegou e fez com que o profissional médico tivesse que sentar junto com o ACS, junto com a enfermeira, pra discutir [...] isso começou a criar uma consciência de equipe (Entrevista com gestor 4).

Esse gestor considera que a mudança promovida teve seus desdobramentos até mesmo na equipe de gestores:

Sou gestor e médico, ai fica mais ampliado esse conceito. Então eu tive que aprender a ouvir, a sentar, discutir e, muitas das vezes, de entrar numa reunião com uma decisão e sair da reunião com a equipe toda contrária e tendo que rever minha decisão, coisa que não acontecia no passado [...] eu tive um ganho muito grande quando eu comecei a entender como é que o pessoal trabalhava, nesse sistema, como é que isso podia me ajudar a nível [sic] de gestão (Entrevista com gestor 4).

No grupo focal com médicos, considerou-se que o enfermeiro é a referência, dentro da UBS, para a população adscrita (em razão da rotatividade de médicos) e, na comunidade, a referência é o ACS, considerado o “olho da equipe” (sic) neste espaço:

Você não é referência da população, quem é referência da comunidade é o enfermeiro, não somos nós. Porque médico, até porque, passa o tempo todo, a rotatividade é alta no Posto, infelizmente. Então a referência é o enfermeiro. E além do enfermeiro, a referência nas casas é o agente de saúde. Tanto que pra você entrar dentro de uma casa, tem que primeiro – eu pelo menos faço isso, eu só entro com o agente de saúde, porque a referência é ele e não eu. Eu estaria invadindo. O agente de saúde já é parte ali, integrante daquela família. Ele entra, você entra. Se você souber como funciona a estrutura, você trabalha muito bem, dá pra trabalhar legal (Grupo focal com médicos).

É interessante perceber como os médicos não se consideram referência para a população adscrita nem no espaço da UBS e nem na comunidade como um todo. Evidentemente que não se trata de desconsiderar a atuação dos outros profissionais, mas a isenção conformada do médico, quando se trata de ser referência para a população, nos fez indagar se a tentativa de superação do paradigma médico-centrado – encampada pela Estratégia de Saúde da Família e, conseqüentemente, pelo AMSM – não estaria sendo confundida, por alguns médicos, com um esvaziamento do seu papel nesse cenário, ou mesmo servindo de alibi para eximirem-se de partilhar o lugar de referência com o restante da equipe, o que poderia interferir na sua implicação com a Estratégia de Saúde da Família e, por consequência, com o AMSM. Ponderamos que a alusão ao enfermeiro como “referência para a comunidade”, no domínio da UBS, pode se dever ainda ao fato de que o enfermeiro é considerado gestor ou mediador (entre ACSs e médico), na sua equipe, das demandas clínicas e/ou psiquiátricas dos usuários, conforme notado por Amorim (2008) e defendido por um dos médicos presentes à devolução da pesquisa (Relatório de devolução da pesquisa, 10 de setembro de 2012).¹¹⁵

Entre os profissionais da ESF, há uma valorização do papel do médico tanto pelos enfermeiros quanto pelos ACSs, os quais acreditam que o AMSM só funciona quando o médico da equipe “tem vontade” ou “dá certo” (sic) com a equipe matricial. Aqueles profissionais ainda indicam que a relação com a equipe matricial é ótima, desde que o médico participe ou não “atrapalhe”, o que reitera a posição de destaque conferida aos

¹¹⁵ PENIDO, C. M. F. **Relatório da devolução da pesquisa**. [Documentação da autora], 10 de setembro de 2012.

médicos que, se não é referência para a população, ao menos segue sendo referência para outros profissionais da ESF.

Como estímulo à participação dos médicos no AMSM, foi combinado com a gestão da Estratégia da Saúde da Família a diminuição de consultas daquele no turno em que acontece o encontro matricial. Quando não acontece essa diminuição, os médicos revelam dificuldade em participar:

O dificultador, pelo menos no meu Centro de Saúde é que não se cancela nenhum atendimento e nem nada, o paciente tá lá aguardando, por exemplo, os agudos, os agendados, a gente pede licença para o paciente e fala: olha, agora tem o momento da matricial. Ai a gente fica... sabe? Às vezes a gente discute até mais rápido ou às vezes a gente interrompe porque tem algum paciente aguardando você dar alguma conduta...(Grupo focal com médicos).

A dificuldade de participação pode estar também associada ao horário reduzido dos médicos, graças a acordos com a gestão, que levam em consideração um contexto de mercado em que a demanda por médicos é maior do que a oferta e que concessões devem ser feitas para tornar a vaga mais atraente aos candidatos, o que colabora para sua sobrecarga nos horários em que estão presentes na UBS.

Nos grupos focais também há narrativas que evidenciam que a relação dos médicos com o matriciamento pode variar muito segundo o interesse pessoal, como o caso de um médico que intenciona fazer residência em Psiquiatria e que investe de forma especial na estratégia, o que reafirma a importância da disponibilidade/disposição do profissional, que é também determinante nas relações que estabelece com o AMSM (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008, p. 638). Nesse sentido, há médicos que cobram dos ACSs notícias sobre os usuários com transtornos mentais e fazem questão de atendê-los ou de se preparar antecipadamente para a reunião matricial, listando casos que gostariam de discutir ou informações que gostariam de solicitar aos apoiadores, geralmente de usuários inseridos nos CAPSs. Entretanto, também há relatos de médicos que apenas deixam a receita do usuário na recepção e não o avaliam diretamente.

Não há, da parte da gestão da Estratégia de Saúde da Família ou da Secretaria de Saúde, nenhum documento ou indicação formal que preveja a participação do médico (e nem dos outros profissionais da ESF) no AMSM, em vez de atender consultas agendadas ou estar disponível no acolhimento, por exemplo. Não que a existência de tal documento eximisse apoiadores da cogestão de tal contrato, mas o que se observa é que no dia a dia, são os

matriciadores que procuram informar e sensibilizar os profissionais sobre o encontro matricial, o que, às vezes, pode ser uma tarefa árdua e cansativa, mesmo com a ajuda de outros profissionais da equipe.¹¹⁶ Por terem a carga horária diminuída em relação aos demais profissionais, alguns dos médicos sequer se encontram nas UBSs no horário da reunião matricial, fato ocorrido principalmente em horários vespertinos.¹¹⁷

Identificamos que, no início da segunda fase do AM, os gestores da SM e AMSM, juntamente com a equipe matricial, fizeram várias tentativas de sensibilizar o gestor da Estratégia de Saúde da Família para a importância da presença de todos profissionais das ESFs na reunião matricial, inclusive os médicos (Ata de reunião da equipe matricial, 17 de outubro de 2007).¹¹⁸ Nesse sentido, foi feito um acordo de que os médicos não poderiam tirar seu dia de folga em dias de matriciamento, o que passou a ser comunicado verbalmente ao médico, quando de sua contratação. Porém, não podemos afirmar que a gestão administrativa na UBS tenha organizado as agendas para que não houvesse consultas pré-marcadas no horário da reunião do matriciamento, o que foi apontado nos grupos focais como um dificultador à participação dos médicos.

Perguntamo-nos, ainda, se o horário de trabalho diferenciado e as folgas semanais dos médicos não seriam elementos que concorrem para o enfraquecimento do seu lugar de referência para a população, além da rotatividade já indicada – embora não exclusiva dessa categoria. Acrescentamos a isso o fato de que muitos dos médicos que trabalham na Estratégia de Saúde da Família apenas o fazem enquanto aguardam a aprovação em residência médica ou para adquirir experiência profissional para abrir seu consultório (MEDEIROS *et al.*, 2010), o que não configura uma opção pelo trabalho na APS e na Saúde Coletiva.

Finalmente, apesar de no item precedente termos abordado a vertente pedagógica do apoio matricial para o conjunto de trabalhadores da ESF, percebemos que o grupo dos médicos apresentou, de forma mais destacada que as outras categorias profissionais da ESF, entusiasmo com o potencial pedagógico do AMSM para o aprimoramento de seu

¹¹⁶ Não há, em Santa Luzia, reunião ou material didático de apresentação dos equipamentos da rede ou do processo de trabalho para os profissionais recém-admitidos. Em geral, são os colegas da ESF que cumprem a função de apresentá-los aos contratados.

¹¹⁷ Não é o caso de nenhum dos médicos participantes da pesquisa, pois um dos critérios de inclusão foi a participação nos encontros matriciais. Entretanto, tal recorte não significa que os grupos focais não tenham abordado tal problema, que envolve outros médicos. Acreditamos que a abordagem de médicos não participantes poderia ter nos auxiliado a compreender melhor a implicação dos médicos da ESF na estratégia matricial, o que não foi planejado para essa pesquisa, de acordo com o recorte dado ao objeto.

¹¹⁸ SANTA LUZIA. Secretaria de Saúde. **Ata de reunião da equipe matricial**, 17 de outubro de 2007.

conhecimento e habilidade clínicos. Houve inclusive a sugestão de que o AM fosse estendido a outras áreas da saúde, como cardiologia e ortopedia.

No grupo focal com médicos foi apontado que a aproximação deles em relação aos ACSs e à realidade psicossocial das famílias, no contexto pedagógico do AMSM, foi transformadora da potência de suas Clínicas. Nesse sentido, descreve-se um encontro matricial:

Você tem o enfermeiro, o médico e as ACSs. Que é onde a gente, médico, faz essa parte clínica, as ACSs entram passando a parte social do paciente, do familiar e da família. A gente lá na matricial fala do paciente, mas a ACS acaba dando uma ajuda falando da família, porque isso também interfere muito. Se você sabe se tem alguém na família que é depressivo, esquizofrênico, isso ajuda também na parte do tratamento do paciente.

Como apontado por Mielke e Olchowsky (2010), o apoio matricial se constitui como uma oportunidade de ampliação da clínica. Entretanto, não é possível afirmar se tal oportunidade foi aproveitada para a ampliação da clínica tal como postulada por Campos (2005), ou se a Clínica Ampliada ainda foi deixada a cargo dos ACSs. A narrativa acima, por exemplo, sugere um aumento da potência da clínica médica focada na doença e no seu diagnóstico e tratamento, tal como apontado por Capozzolo (1997).

Em suma, o AMSM rememora aos médicos alguns princípios que regem o próprio processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: a integralidade e a participação de vários saberes e atores, o que provoca a reflexão sobre o reordenamento das relações de poder nos âmbitos do cuidado e da gestão na área da saúde. Entretanto, não se trata de um reordenamento protagonizado ou apropriado de imediato, seja pelos médicos, seja pelos outros trabalhadores, mas de um processo em curso. É preciso lembrar que a lógica médico-centrada ainda inspira muitas práticas e há médicos não participantes do AMSM, que sequer conhecem os ACSs de suas equipes, como nos foi relatado no grupo focal com esses profissionais. De qualquer forma, podemos afirmar que a implicação dos médicos que participam da estratégia matricial se sustenta notadamente pela vertente pedagógica – ainda que o aprendizado seja para ampliação da potência da clínica médica tradicional. Além disso, percebemos que a proposta de sentar em roda e dialogar com outros atores e saberes, não deixa de ser um aprendizado sobre “deixar rodar” o poder.

Enfermeiros: os “dirigentes” do processo de trabalho como indivíduos analisadores

Há uma diferença digna de nota na implicação dos enfermeiros no AMSM, em relação aos demais profissionais da ESF. Os enfermeiros foram os que mais trouxeram à tona as contradições e conflitos institucionais, apontando problemas e insuficiências no processo de trabalho. Seu repertório argumentativo girou frequentemente em torno da sobrecarga¹¹⁹, a qual atravessa a implicação desses profissionais no AMSM.

No grupo focal com esses profissionais, fica evidente como eles se percebem impotentes e prejudicados para o exercício de certas tarefas, como a de “escutar” os usuários, sabidamente uma das bases da integralidade e resolutividade da assistência, para o que é requerido muito tempo, segundo eles:

O enfermeiro, pela manhã no acolhimento. Na parte da tarde também tem as agendas. Em qual desses períodos que a gente vai encaixar esses pacientes pra escutar? Porque é um tempo que é grande... Pela manhã não é possível, porque o tempo todo você é chamado pra atender as nossas consultas mesmo do dia-a-dia. Pra você escutar, você não pode ficar sendo interrompido. Como é que você vai atender um paciente que está começando a contar, abrir, esclarecer, contar a história dele? [...] Aí eu vejo essa dificuldade também, na questão da demanda mesmo. Não é a demanda só de saúde mental. A nossa demanda rotineira já é muito grande também (Grupo focal com enfermeiros).

Perguntamo-nos se, na narrativa dos enfermeiros, o exercício de uma Clínica que leve em conta aspectos psicossociais não seria considerado uma especificidade dos profissionais de SM, deixando de lado a pertinência deste paradigma como orientador do cotidiano de trabalho da APS. E, se o acolhimento¹²⁰ referido, não está sendo confundido com o procedimento de triagem, mais ajustado às práticas de encaminhamento, opostas à lógica de corresponsabilização que o apoio matricial tenta sustentar.

¹¹⁹ Concordamos com Bezerra e Dimenstein (2008) de que para melhor compreender a questão da sobrecarga seria necessária uma análise mais minuciosa e global das condições de trabalho (que extrapolam o escopo desta pesquisa): “aspectos ligados às relações psicossocioafetivas que são estabelecidas (com) no trabalho: presença/ausência da construção de sentido, da mobilização psíquica para o trabalho, dos coletivos de trabalho e da dinâmica do reconhecimento” (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008, p.641).

¹²⁰ Para o MS, o acolhimento requer a *atitude de valorização e abertura para o encontro entre profissional de saúde, usuário e sua rede social, como liga fundamental no processo de saúde* (BRASIL, 2010, p.19).

A sobrecarga que atravessa a Clínica também é atribuída à sobredemanda gerada pelos outros profissionais da ESF, seja pela insistência dos ACSs para resolução rápida dos problemas dos usuários ou pela menor jornada de trabalho do médico. Percebemos que o destaque dado à sobrecarga no grupo focal com enfermeiros também revela que eles têm dificuldades em compartilhá-la:

E aí não se tem uma formação para o trabalho em equipe [...] onde tem uma demanda grande, que pressiona a todo momento e tem essa hierarquia do médico presente. Ele fala: 'Olha, eu trabalho até meio-dia e eu vou embora e não quero saber'. O enfermeiro que se vire e segure a onda (Grupo focal com apoiadores).

Notamos, ainda, que à dificuldade de partilhar a sobrecarga e à impotência aludidas anteriormente, se associa um desconhecimento de certas dimensões da sobrecarga evocada, o que prejudica a capacidade de análise e intervenção sobre o cenário em questão:

A sobrecarga de função mesmo, pra tá atendendo esse número da população que é muito grande.

– Você tem ideia de número?

– O quê? Da minha...?

– É, total de pacientes?

– Não, total da minha Unidade não (Grupo focal com enfermeiros).

Essa falta de dimensionamento do problema (o entrevistador pediu apenas uma ideia, sequer um número exato) exemplifica a falta de condição dos trabalhadores de interferir no instituído, demonstrando o esvaziamento das suas potências de análise e intervenção para transformar o vaticínio de que nada se pode fazer quando há tanta gente para cuidar. Paradoxalmente, entretanto, apresentaram grande vigor analítico no dispositivo do grupo focal, o que sugere que, no dia a dia, eles foram consideravelmente capturados pelo instituído, como sugerem os apoiadores:

Eu acho que grande parte das equipes [refere-se às ESF], eu acho que eles muitas vezes tentam trabalhar na lógica da saúde da família, mas não conseguem. E acho que, com muita tranquilidade, dá pra dizer que a maioria das equipes trabalham num funcionamento de ambulatório, às vezes. Que se esforcem muito pra tentar fazer para além disso, mas que são engolidas por várias outras situações ali do dia a dia de trabalho, de falta de recursos. E isso parece pra algumas pessoas angustiá-los (Grupo focal com apoiadores).

Percebemos que os enfermeiros assumem um papel diferenciado no que se refere a revelar a estrutura da organização, provocando-a e forçando-a a falar, palavras que Lourau (1975, p. 285) utiliza para conceituar o que chama de “indivíduos ‘analísadores’ ”. Entretanto, o autor deixa claro que esses indivíduos particulares não são os “compadres” do analista, mas aqueles “cuja situação na organização lhes dá acesso à singularidade de ‘provocadores’ ”, assumindo, no momento, o lugar de instituintes daquela instituição em jogo. Para Lourau (1975, p. 285),

[...] os indivíduos analisadores não surgem abruptamente, como puras encarnações da negatividade da instituição, mas se manifestam pouco a pouco em uma relação de oposição ou de complementaridade como ‘dirigentes’ concorrentes ou rivais.

Essa é, em geral, a posição dos enfermeiros nas ESFs: indivíduos analisadores construídos pela relação entre eles e os outros atores – sejam gestores ou trabalhadores – que o instituem como “dirigente” da equipe, responsável por organizar os processos de trabalho na saúde, o que encontra ressonância na história de demarcação de sua jurisdição profissional. A própria formação dos enfermeiros é classicamente permeada de conteúdos relativos à gestão, o que pode produzir atravessamentos institucionais tensionadores da estratégia matricial, que se propõe também a apoiar a própria gestão do processo de trabalho. Importante frisar ainda que, à época da coleta de dados nos grupos focais, eles eram os únicos profissionais da ESF que tinham reuniões regulares com a coordenação da Estratégia de Saúde da Família do município.

Assim, malgrado os esforços cogestivos, podemos indagar, inspirados em Lourau (1975) se os enfermeiros não alimentariam, em relação aos apoiadores, uma rivalidade ou disputa na direção do processo de trabalho em questão, o que poderia facilitar-lhes a verve crítica e a assunção da posição de indivíduos analisadores. De qualquer modo, há que se reiterar que os apoiadores, gestores e trabalhadores das ESFs estão todos implicados no AMSM e é de dentro da instituição que podem contribuir para suas mudanças, conforme Lourau (1975).

O fato é que no discurso dos enfermeiros emergiram, de forma destacada, alguns analisadores da implicação de trabalhadores da ESF e apoiadores no AMSM, o que desenvolveremos no próximo capítulo, estendendo e ampliando a discussão sobre a

implicação não só dos enfermeiros quanto do conjunto de trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família e apoiadores no AMSM às próximas páginas.

7 ALGUNS ANALISADORES DA IMPLICAÇÃO DE APOIADORES MATRICIAIS E TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL

O fato de que uma instituição seja contestada também faz parte dela. (LOURAU, 2004c, p. 73)

Eu acho muito válido [refere-se ao AMSM]. Só que a demanda ainda está maior do que a condição (Grupo focal misto).

A análise da implicação dos atores será apresentada de forma diversa e complementar neste capítulo, com sua retomada não mais por segmentos – como no capítulo anterior –, mas por intermédio dos analisadores que emergiram dos grupos focais e entrevistas, sobretudo do grupo focal com enfermeiros, como indicado no último capítulo.

Os analisadores, elementos que nos revelam de forma “visceral” a implicação de apoiadores e trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família na estratégia do AMSM, se impuseram de forma transversal sobre o campo, irrompendo sobre o prescrito, aglutinando, opondo e tensionando os diversos segmentos em torno de conflitos institucionais.

Apostamos que esse recurso, além de permitir aprofundamento teórico sobre a implicação dos apoiadores e trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família no AMSM, propiciará, ainda, a retomada do dinamismo relacional que pode ter sido minimizada na apresentação feita no capítulo anterior. Reforçamos, todavia, que os capítulos se complementam para uma melhor compreensão do objeto desta tese.

Identificamos, dentre outros, dois importantes conjuntos de analisadores da implicação de apoiadores e trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família no AMSM, que revelam a relação dos atores com a instituição no contexto dos conflitos expostos: 1) a polêmica em torno do detalhamento do caso para sua discussão e da decisão sobre a marcação do atendimento compartilhado; e 2) a “passagem de fichas” e a renovação de receita de psicofármacos sem a avaliação clínica do usuário.

7.1 A polêmica em torno do detalhamento do caso para sua discussão e da decisão sobre a marcação do atendimento compartilhado como analisadores das relações de saber/poder no contexto do AMSM: os fins justificam os meios?

Nas narrativas analisadas observamos, inicialmente, três tipos de conflitos entre os trabalhadores das ESFs e apoiadores, no que diz respeito às estratégias de discussão de caso e atendimento compartilhado. O primeiro deles é relativo ao agendamento, pelos trabalhadores das ESFs, de atendimento compartilhado, com base na urgência apresentada apenas pelos ACSs, sem que o médico ou enfermeiro também tenham avaliado pessoalmente tal necessidade. O segundo refere-se à falta de informações consideradas importantes, pelos apoiadores, sobre o usuário e família, usadas para subsidiar a discussão de caso, embora médico ou enfermeiro tenham feito pessoalmente uma avaliação do usuário (mas nem sempre discutido o caso com o respectivo ACS). O terceiro conflito diz respeito ao agendamento de atendimento compartilhado pelos trabalhadores das ESFs, sem que o médico ou enfermeiro, independentemente de terem ou não informações importantes do caso, possam ou se disponham a participar da execução dessa estratégia, junto ao matriciador.

Nas duas primeiras situações, a equipe matricial pede que a ESF faça uma (re)avaliação do caso, propondo novamente a discussão daí a quinze dias, no próximo encontro matricial. Aposta-se que a apropriação do caso pela equipe como um todo, antes de acionar o apoio especializado, possa revelar possibilidades de intervenção e ampliação do grau de autonomia dos trabalhadores envolvidos ou ainda colaborar para a melhor avaliação do caso, condição para se aproveitar, ao máximo, o encontro matricial. Já na terceira situação, em geral, a equipe matricial se nega a fazer o atendimento sem a presença de alguém da ESF, considerada a Equipe de Referência (CAMPOS; DOMITTI, 2007). A justificativa usada, que também serve para as outras situações, é tentar estimular que a ESF se aproprie do caso do usuário, contribuindo para aumentar o vínculo entre eles e as chances de uma abordagem mais resolutiva. Condição parecida se encontra descrita na literatura por Delfini *et al.* (2009, p. 1.488), em relação aos ACSs:

Por exemplo, no caso em que o agente comunitário dizia ter um paciente muito calado, sem vontade de sair da cama e, aparentemente, depressivo. Quando questionado sobre os demais moradores da casa, o dia-a-dia do paciente, sua história de vida, seus interesses e suas relações com a comunidade, não sabia responder. Em

situações como esta, deve-se incentivar o agente a se aproximar verdadeiramente dessa família, a conhecer melhor as pessoas que a compõem e a pensar em maneiras de ajudá-la. Posteriormente, agenda-se uma nova discussão, para um momento em que houver uma maior riqueza de informações.

Alguns enfermeiros problematizam o fato da equipe matricial pedir muitos detalhes sobre o caso a ser discutido. No grupo focal com enfermeiros, o entrevistador pergunta qual é a justificativa dos matriciadores para fazerem essa solicitação:

– Mas eles justificam o quê?

– ‘Mas o quê que ele [refere-se ao usuário] te falou? Mas o quê que...?’ Ai eu falo: ‘Eu não perguntei isso’. É a questão do tempo. Você está no acolhimento, como que você vai fazer essas perguntas? Você não teve uma oportunidade, porque você não teve aquele tempo pra sentar, pra conversar, pra instigar as perguntas, pra colher o histórico familiar. Porque eles perguntam como que é a família, como que é o pai, mãe, marido. E você não teve tempo pra isso (Grupo focal com enfermeiros).

Em geral, os subsídios requeridos pelos matriciadores para a discussão de caso são: histórico do problema apresentado pelo usuário, tratamentos anteriores e atuais (se houve internação em hospitais psiquiátricos ou passagem por algum dos CAPSs, medicamentos em uso, por exemplo) e contexto social e familiar, itens considerados importantes para se fazer uma avaliação de risco¹²¹ (Diário de pesquisa, 11 de junho de 2008).¹²²

Não fica clara, na narrativa acima, a justificativa usada pelos apoiadores para pedirem tais detalhes do caso. Não sabemos, portanto, se tal justificativa é desconhecida ou se simplesmente os trabalhadores da ESF não concordam com ela. Entretanto, é clara a justificativa de discordância em relação ao detalhamento solicitado: a falta de tempo.

Além desse problema, surge ainda outro dificultador para atender à demanda de detalhes do caso feita pelos apoiadores: a falta de habilidade para colhê-los:

E às vezes eu, por exemplo, e até o próprio médico, a gente não sabe como conduzir uma consulta, como perguntar ao paciente essa coisa. Às vezes quer que a gente

¹²¹ “Exemplos de situações de risco: Situações de exclusão social (pacientes egressos de hospital psiquiátrico, pessoas em prisão domiciliar, população em situação de rua, idoso em situação de abandono, crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social etc.); transtornos mentais severos e persistentes (graves); suicídios e tentativas de suicídio em adolescentes e adultos jovens; violência intrafamiliar; problemas clínicos relacionados ao uso e abuso de álcool e outras drogas; abuso e dependência de benzodiazepínicos.” (Oficina de trabalho para discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica. Brasília, março de 2001 *apud* BRASIL 2004a).

¹²² PENIDO, C. M. F. **Diário de pesquisa**. [Documentação da autora], 11 de junho de 2008.

leva a coisa muito mastigadinha pra eles [refere-se aos apoiadores]. Às vezes isso complica um pouquinho também. (Grupo focal com enfermeiros).

Nos impasses relativos ao detalhamento do caso descritos nas narrativas do grupo focal com enfermeiros, os matriciadores parecem ser identificados como agentes de cobrança (dos detalhes relativos aos casos) e de correção (fazer a (re)avaliação do usuário quando não apresentarem detalhes suficientes do caso). É curioso perceber que os enfermeiros, quando perguntados sobre a justificativa da equipe matricial para pedir maiores detalhes da história do usuário, não conseguem identificá-la, o que faz pensar se a demanda da equipe matricial de (re)avaliação do caso não poderia ser entendida por eles como um capricho. A situação referida sugere, ainda, uma precária pactuação sobre a utilização das estratégias da discussão de caso e atendimento compartilhado entre equipes e alude a um uso vertical do poder paradoxalmente a favor das práticas de corresponsabilização ou compartilhamento, como se os fins justificassem os meios, o que é reforçado no grupo focal com apoiadores:

[...] mas eu não sei até que ponto a gente consegue sustentar isso [refere-se ao apoio matricial], num primeiro momento, junto com eles [refere-se aos trabalhadores das ESFs]. Mais pra frente, conforme eles vão vendo os resultados, vão vendo o trabalho, aí eu acho que a gente consegue sustentar junto com eles. Porque no início eles tentam fugir— algumas equipes— nessa lógica, porque afinal de contas é algo novo pra eles, ao ponto de depois falar: ‘Nossa, que bacana ter o apoio matricial aqui’ (Grupo focal com apoiadores matriciais, grifo nosso).

A atitude de fuga aponta para a tendência inicial de alguns trabalhadores das ESFs de vincularem o AMSM a uma “nova ordem”, na qual eles não se reconhecem ou não apostam e, portanto, se esquivam.

Embora a estratégia matricial tenha sido previamente apresentada às ESFs participantes, sua precária pactuação entre SM e Estratégia de Saúde da Família, bem como as diversas expectativas envolvidas fazem da aproximação entre equipes um lento processo. É o que ilustra um dos estagiários de psicologia, em seu relatório sobre o primeiro dia de matriciamento:

Os profissionais [refere-se aos trabalhadores da ESF] não haviam entendido muito bem a proposta e acreditavam que iríamos mandar todos os pacientes [refere-se aos pacientes dos CAPSs] para eles. Esclarecemos e demonstraram-se muito contentes com a ‘ajuda’ que iremos fornecer. Foram apontados inclusive alguns casos para serem discutidos em nossa próxima ida lá. (Relatório de estágio, 12 de novembro de 2007)¹²³

¹²³ PENIDO, C. M. F. **Relatório de estágio**. [Documentação da autora], 12 de novembro de 2007.

O mal entendido entre equipes, acerca da estratégia matricial, bem como a resistência a ela, já foram identificados por outros autores (DELFINI *et al.*, 2009; DIMENSTEIN *et al.*, 2009; MOURÃO, 2009; SOUSA *et al.*, 2011). No contexto em questão, o contato inicial entre equipes foi marcado pela suspeição dos profissionais da ESF sobre o que viria a seguir, possivelmente fundada no receio do aumento de suas tarefas, para além de suas competências, como cogitado por Mourão (2009). É natural, portanto, a rota de fuga traçada por alguns deles.

Nesse cenário, apresenta-se o desafio dos apoiadores de operar um deslocamento da suspeita de que eles vão trazer “mais trabalho” para a ideia de que eles vão propor “outro tipo de trabalho”. Porém, isso pode não ser suficiente para diminuir a resistência ao novo, por parte de alguns trabalhadores das ESFs, como nos assinala um gestor:

[...] por isso que a gente tá provocando mesmo, pra tirá-los da zona de conforto, [...] pra que ele [refere-se ao trabalhador da ESF] venha sentar e discutir o seu processo de trabalho, discutir quem é ele dentro daquele contexto que ele tá inserido, a que ele veio, se o que ele tá fazendo tá bom ou se não tá. Uma grande maioria das equipes vem absorvendo bem essa proposta, mas alguns não, o que já era esperado, porque nós estamos mexendo com pessoas e mexer na zona de conforto é complicado.(Entrevista com gestor 3)

Certamente que devem ter havido enrijecimentos defensivos, pois os apoiadores se apresentaram pela primeira vez às ESFs com um projeto já bem definido. Como apontamos¹²⁴, os trabalhadores das ESFs fizeram sugestões, quanto ao horário da reunião matricial e sua periodicidade, que não foram acatadas.

Segundo afirma Campos (2003), o trabalho matricial, como qualquer outro trabalho, não é desinteressado, cabendo aos matriciadores explicitar o interesse deles:

E aqui a primeira oferta é oferecer-se como Apoiador, não há como escapar disso. Explicitar: há um método, há temas prioritários, há não-ditos, há resistências, bloqueios, há correlação de forças, há necessidade de se estabelecerem contratos com outros interesses, culturas, etc. E toda oferta é uma oferta interessada, revela as implicações de poder, afetivas e os campos de conhecimento do apoiador. (CAMPOS, 2003, p. 95)

Nesse sentido, perguntamo-nos se os interesses dos matriciadores estão claros para as ESFs e, antes de tudo, para os próprios. E, se estão razoavelmente claros, se tais interesses e constrangimentos – tanto no seu sentido de limitação quanto de sujeição – são tomados como

¹²⁴ Ver capítulo “Histórico da implementação do Apoio Matricial em Saúde Mental em Santa Luzia: fatos e análise da sua fundação institucional”.

objeto de diálogo entre eles. Segundo Lourau (1975, p. 267), “o regulamento pode ser mais ou menos interiorizado ou sentido como um puro constrangimento, conforme se trate de um regulamento elaborado pela coletividade, ou aceito por ela, ou ainda imposto por uma parte da coletividade”. Dessa forma, importa saber como os trabalhadores percebem a negociação do protocolo – ainda que combinado de maneira informal – para as discussões de caso e atendimentos compartilhados. Nos depoimentos dos grupos focais, verificamos que há trabalhadores que o percebem como uma imposição:

Aí, uma queixa que o meu médico faz é que ele, às vezes, ele gostaria de já agendar com o paciente no dia da matricial, e a gente não pode fazer isso. Teoricamente nós não podemos fazer isso. Nós temos que primeiro passar o caso e a equipe [refere-se à equipe matricial] decidir [...] (Grupo focal com enfermeiros, grifo nosso).

Diante da assimetria verificada nas relações de poder entre matriciadores e equipe de saúde da família, o enfermeiro reivindica que eles tenham “pelo menos” o poder de decisão sobre quem será atendido de forma compartilhada e quando o será, sem precisar do aval prévio da equipe matricial, já que não participar do atendimento compartilhado com os apoiadores está fora de questão.

No grupo focal com enfermeiros, o atendimento compartilhado é vislumbrado como a solução para os problemas da escassez de tempo e da inabilidade relacional para uma escuta qualificada, o que pode ser um dos motivos do ressentimento quanto à falta de autonomia quando se trata de decidir por tal estratégia. É dito que a equipe matricial até acolhe usuários cujos atendimentos foram previamente agendados sem seu conhecimento (embora a equipe matricial não esteja de acordo com tal situação), mas ela é inflexível quanto a não haver o compartilhamento da consulta. Assim, a relação entre apoiadores e ESF é flexível até o ponto em que não se desvirtue a lógica de compartilhamento, defendida pelos apoiadores e própria da estratégia matricial, a qual também tem uma finalidade pedagógica. Nesse contexto, o instituído mostra sua força, pois trata-se de uso do saber, pelos apoiadores, como justificativa para o uso do poder.

No grupo focal com enfermeiros foi defendida uma maior autonomia na marcação do atendimento compartilhado, repousando sobre a consideração de que se for necessário que médico ou enfermeiro faça uma (re)avaliação do usuário, as novas informações só seriam discutidas com os matriciadores no encontro seguinte, daí a quinze dias, ou mais – no caso de feriados –, o que resultaria em um grande intervalo de tempo entre a demanda e a conduta.

Ainda que esse fluxo só sirva para os casos não urgentes, não podemos deixar de considerar o grande intervalo de tempo entre os encontros matriciais, o que tanto fragiliza o vínculo entre as equipes – sustentado sobre a oferta de apoio – quanto posterga uma resposta ao usuário.¹²⁵

Dessa forma, é possível que os apoiadores possam estar tão ideologicamente afeitos ao princípio do compartilhamento da clínica que o coloquem acima da presteza da resposta que um caso pode exigir, ainda que não seja um caso cuja urgência justifique um encaminhamento (com responsabilização) para algum dos CAPSs. A demora na resposta ao usuário pode ainda dificultar a adesão ao tratamento e acabar resultando em solidão e sentimento de abandono dos dois lados (ESF e usuário).

Portanto, cabe ressaltar a ambiguidade dos matriciadores, que tanto evocam a autonomia da ESF como finalidade última de suas ações pedagógicas quanto a inibem quando se trata de decidir sobre os atendimentos compartilhados. Nesse sentido, a autonomia cede lugar a uma heteronomia ao estilo dos “fins que justificam os meios”. Em outras palavras, a heteronomia seria o meio, justificado pelas pretensões de ajudar a construir os fins, qual seja o aumento do grau de autonomia dos profissionais da ESF.

A situação exposta sugere ainda a sobreimplicação dos apoiadores nos princípios do apoio matricial, caracterizada pela aceitação de práticas de verticalidade no uso do poder que os próprios sujeitos afirmam recusar (MONCEAU, 2008a). Nesse caso, os apoiadores se tornam tão instituídos no fazer que se esquecem da horizontalidade própria da metodologia matricial e lembram a fundação da instituição do AMSM em Santa Luzia, praticamente decidida pela SM. Dessa forma, a situação relatada acima se traduz em uma forte contradição institucional, tal como no exemplo de Monceau (2008a), em outro contexto:

Por exemplo, um professor que se recusa em teoria que a polícia intervenha na escola, poderá aceitar a vinda da polícia à escola sob a condição de que ela permita que o aluno continue na escola (MONCEAU, 2008a, p. 24).

Além do atendimento não compartilhado estar fora de questão, a discussão sobre o uso do poder por parte da equipe matricial – justificado pelo saber – também parece estar. Campos (2003) considera que um dos recursos metodológicos úteis à função de apoio é “[...] incluir as relações de poder, de afeto e a circulação de conhecimentos em análise” (CAMPOS,

¹²⁵ Embora as ESFs não contem com a presença dos apoiadores na UBS no intervalo de quinze dias entre os encontros matriciais – exceção daquelas que dispõem dos atendimentos psicológicos em horários alternativos –, elas têm autonomia para pedir intervenção dos CAPSs nos casos urgentes, sem necessidade de discuti-los previamente com a equipe matricial.

2003, p. 95), o que os analistas institucionais chamariam “análise de implicação”, segundo ele.

Ora, a sobreimplicação – identificada em relação aos matriciadores – traz dificuldades à análise da implicação, visto camuflá-la (GUIGOU, 1987 apud LOURAU, 2004a, p. 191). Dessa forma, fica a questão: como os apoiadores podem promover a análise da implicação estando, eles mesmos, sobreimplicados? Ressaltamos que o poder é ocultante do que pode estar verdadeiramente acontecendo e que coloca em xeque a postura dos apoiadores, que, por isso mesmo, acabam por enrijecer seus modos de agir como forma de proteção do lugar que ocupam ou acreditam ocupar (GOULART; FREITAS, 2008).

Essa situação nos faz refletir sobre a necessidade de “apoiar os apoiadores” para lhes interrogar e provocar sua possível sobreimplicação, de forma a contribuir para a análise de implicações – recurso metodológico do apoio, conforme postulado por Campos (2003). Verificamos que essa necessidade não foi explorada de forma específica na literatura consultada, devendo ser melhor investigada.

O fato é que a querela em torno do detalhamento do caso para sua discussão e da decisão sobre a marcação de atendimento compartilhado coloca em evidência a implicação dos apoiadores e trabalhadores das ESFs com o AMSM. De um lado e de outro, eles operam uma resistência. Os primeiros, resistem à falta de autonomia sobre a decisão quanto às estratégias a serem utilizadas. Já os segundos resistem para não permitir que a prática matricial sucumba à obsoleta prática ambulatorial, caracterizada pela fragmentação e pela falta de compartilhamento. Nesse sentido, tomam radicalmente (mas talvez não explicitamente) a defesa da Clínica Ampliada e do princípio metodológico da função de apoiador, qual seja “pensar e fazer junto com as pessoas e não em lugar delas” (CAMPOS, 2003, p. 99).

Percebemos que as narrativas dos trabalhadores da ESF em análise insinuam uma demanda de inversão do que propõem os apoiadores: em vez de discutir o caso com o intuito de decidir a marcação do atendimento compartilhado, fazer o atendimento compartilhado para melhor discutir o caso. Perguntamo-nos se a autonomia da ESF de marcar um atendimento, desde que compartilhado, não poderia permitir uma oportunidade pedagógica ímpar, ao possibilitar aos apoiadores avaliar com ela não só o caso, como a pertinência da marcação daquele atendimento compartilhado. Isso poderia contribuir para a equipe melhorar seus critérios de avaliação da necessidade de marcar tal atendimento, dado o limite de utilização da estratégia no contexto da magnitude epidemiológica dos transtornos mentais.

Da outra forma, se é a equipe matricial que decide se haverá ou não o atendimento compartilhado, o potencial pedagógico fica atrofiado, visto decidirem pela ESF com base em critérios muitas vezes subentendidos. A alternativa apresentada deveria ser investigada no sentido de compreender se ela contribui para potencializar a capacidade da ESF na avaliação de riscos e na capacidade de discriminar as condições que demandariam um atendimento compartilhado, fazendo jus ao caráter pedagógico da metodologia e, ao mesmo tempo, acolhendo a urgência da equipe e/ou do usuário-família, sustentando assim o que Campos (2005) chama de recurso metodológico dialético – próprio à função de Apoio – o qual tanto traz ofertas externas quanto valoriza as demandas do grupo.

No grupo focal com enfermeiros, entretanto, foi dada uma mostra de que a equipe matricial percebeu a necessidade de rever práticas instituídas:

[...] no início era bem colocado assim: ‘Olha, a gente tem que discutir primeiro, pra daí a gente atender. Então a gente não vai atender...’. Era muito regrinha, sabe. Todo mundo naquela regrinha mesmo: ‘Primeiro a gente vai discutir os casos, depois eles vão passar os deles pra gente ver’. Hoje não. Hoje já está se adaptando à realidade. Eu acho isso uma forma positiva. (Grupo focal com enfermeiros)

Paro para reler o texto e percebo que, apesar de evidenciar conflitos do processo de trabalho matricial, fui tomada pela pulsação de quem tenta manejá-los. Tão logo constato isso, aprumo o dedo sobre a tecla delete. Alto lá! Apagar seria uma tentativa de apagar os rastros da minha implicação na estratégia matricial, rastros de um sujeito que deseja que os conflitos não se traduzam em rupturas que façam sucumbir a instituição. E, conseqüentemente, meu lugar de poder... Deixo o texto intacto, mas reconheço-me dividida. (Diário de pesquisa, 23 de maio de 2012).¹²⁶

Em suma, no grupo focal com enfermeiros, as narrativas sobre o detalhamento do caso para sua discussão e a decisão sobre a marcação do atendimento compartilhado revelam descompassos entre os trabalhadores das ESFs e os apoiadores, bem como diferentes modalidades de implicação no AMSM por cada segmento. De um lado, as ESFs focam principalmente no presente – evocado na falta de tempo e qualificação para o exercício de uma clínica que considere os aspectos psicossociais –, enxergando no AMSM a possibilidade de serem parcialmente aliviadas do peso e complexidade de seu trabalho diário. De outro, os apoiadores e seu apreço pelo caráter pedagógico da estratégia acenam com o aumento do grau de autonomia dos trabalhadores como terra prometida às ESFs, enxergando apenas no futuro, pela formação e reorganização dos processos de trabalho, o alívio esperado.

¹²⁶ PENIDO, C. M. F. **Diário de pesquisa**. [Documentação da autora], 23 de maio de 2012.

7.2 A “passação de fichas” e a renovação de receita de psicofármacos sem a avaliação clínica do usuário como analisadores da implicação de apoiadores e trabalhadores das ESFs no AMSM: o atravessamento da magnitude epidemiológica dos transtornos mentais

Como desdobramento da finalidade pedagógica do atendimento compartilhado, é esperado que os profissionais participantes (tanto da ESF quanto do AMSM) possam repassá-lo, logo em seguida, aos outros que não participaram da estratégia, concentrando-se naquilo que julgam serem informações necessárias para aumentar a capacidade da ESF de avaliar riscos para o usuário e facilitar a continuação do cuidado e compartilhamento de responsabilidades. O assunto foi abordado em alguns grupos focais e foi revelado que isso nem sempre ocorre.

Em reunião dos psicólogos da equipe matricial, um apoiador desabafou: “do jeito que fazemos, não somos formadores, não estamos fazendo a devolução do atendimento compartilhado para a ESF” (Ata de reunião extraordinária com psicólogos, 25 de fevereiro de 2009).¹²⁷ Os psicólogos denunciaram, então, que o aproveitamento pedagógico do atendimento compartilhado era restrito à observação do manejo clínico do profissional de saúde mental, por aqueles que o acompanhavam. O raciocínio que orientava esse manejo, cuja discussão poderia colaborar na construção de maiores graus de autonomia no cuidado em saúde mental, na maior parte das vezes, não era discutido ao fim do atendimento. A razão apontada foi a falta de tempo que, segundo os psicólogos, era consumido, em grande parte, no ritual que nomearam de “passação de ficha”: tentativa dos apoiadores de rever, durante o encontro matricial, todos os casos daquela ESF, já discutidos ao menos uma vez e cuja discussão gerava uma ficha¹²⁸ para aquele usuário. A ficha era mantida com o AMSM que, a cada encontro, retornava a grande parte delas para checar com a equipe como estava o usuário.

Ora, se no início do AMSM cada equipe tinha dez ou quinze usuários acompanhados de forma conjunta entre ESF e equipe matricial, com o passar do tempo e aumento exponencial desses, embora a “passação de fichas” continuasse, a tarefa se tornava impossível de ser cumprida em duas horas de reunião.

¹²⁷ SANTA LUZIA. Secretaria de Saúde. **Ata de reunião extraordinária com psicólogos**, 25 de fevereiro de 2009.

¹²⁸ Ver capítulo “Aspectos da implicação de apoiadores e trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família no Apoio Matricial em Saúde Mental”, sub- item “Discussões de casos”.

Além disso, essa discussão lançou luz sobre o campo de forças em questão, revelando que a potência instituinte da estratégia da discussão de caso, como tentativa de mudança das práticas, começava a ser capturada pelo instituído (LOURAU, 1975), cristalizado no automatismo institucional da “passação de fichas”, cujo efeito foi questionado. Um psicólogo contou que a ESF podia repetir por muitos meses, quando indagada, que um usuário estava “bem”, mas “inesperadamente” dizia que ele tinha entrado em crise ou tentado autoextermínio. Ao colocar sob suspeita a avaliação da ESF de que o usuário estava “bem” ou “estável”, outro psicólogo interroga: “Eles repetem muito que fulano está estável. Mas o que é estar estável?” (Ata de reunião extraordinária com psicólogos, 25 de fevereiro de 2009). O psicólogo insinuou o receio de que a resposta dada pela ESF escondesse a falta de capacidade dos trabalhadores da ESF de fazer a avaliação do usuário e, até mesmo, o fato de ela não estar sendo feita.

Entretanto, frente ao volume crescente de usuários e à falta de critérios adotados para estabelecimento de prioridades de acompanhamento, tornou-se necessário rever a prática:

A dificuldade nossa lá é a demanda que é grande, o número de pacientes pra saúde mental é grande. Então, a gente tem dificuldade de acompanhamento. Porque, por exemplo: se você atende um paciente com uma depressão moderada, aí a gente não tem uma rotina, um intervalo para uma próxima consulta de retorno desse paciente. Não tem essa possibilidade da gente estar discutindo o caso novamente. Então acaba se perdendo ali. O acompanhamento de casos não tem um intervalo para todos os tipos de paciente. Intervalos mais curtos para aquele paciente mais grave, aquele leve. Entendeu? Não tem um acompanhamento. Porque toda semana, a cada 15 dias, tem casos novos. E cada vez vai aumentando, um número maior. E a gente não consegue fazer o acompanhamento de todos (Grupo focal com enfermeiros).

Considerando o aspecto pedagógico do AMSM, ajudar a avaliar vulnerabilidades para um determinado usuário com transtorno mental e a identificar e intervir em fatores que colaboram para sua crise ou estabilidade é tarefa dos apoiadores. Entretanto, no grupo focal, foi narrada uma dificuldade nesse sentido que trouxe à tona o velho instituído de querer “resolver o problema imediato”, comum nos serviços de saúde:

Às vezes eu fico me questionando muito se eu tenho conseguido fazer isso lá [refere-se à formação], ou se eu tenho mais é tentado resolver o problema, tampar o problema, do que trazer pra uma discussão, tentar dimensionar esse problema (Grupo focal com apoiadores).

Diante da identificação de casos em que a ESF falava para os apoiadores que o usuário estava “bem” e se constatava que ele não estava, os apoiadores relatam que decidiram aumentar o número de atendimentos compartilhados. Dessa vez, para aquém do objetivo pedagógico, o recurso ao atendimento compartilhado foi uma forma encontrada pela equipe matricial para minimizar os riscos de negligência frente aos casos em que havia suspeita de que o usuário não estivesse “bem”.

Os apoiadores contam, entretanto, que em um encontro matricial ordinário, é possível fazer no máximo três atendimentos compartilhados, não restando muito tempo para discussão de outros casos. Isso aponta para o fato de que permanece um conflito latente entre equipe matricial e ESF, no que se refere aos limites de acompanhamento e corresponsabilização pelos casos que demandam cuidados em saúde mental.

A análise da “passação de fichas” expôs, da parte dos apoiadores, uma dificuldade de aguardar que a ESF peça apoio nos casos em que julga necessário, por receio de incorrerem em negligência quanto a esses, o que colabora para a instauração de um ritual da “passação de fichas” como uma defesa. Por outro lado, os “indivíduos analisadores” enfermeiros deixaram claro a indisposição para receber um apoio que não parta de suas demandas mais urgentes – reais ou percebidas como tal.

Da mesma forma como na polêmica em torno do detalhamento do caso para sua discussão e da decisão sobre a marcação do atendimento compartilhado, exposta anteriormente, também o automatismo da “passação de fichas” mereceu a revisão dos apoiadores, reforçando sua abertura para mudanças no processo de trabalho:

Ano passado na matricial eles faziam a reunião, eles tinham já a pastinha em ordem alfabética e pegavam todos os pacientes, um por um. ‘E fulano, fulano?’. Sem nenhuma... sem classificação nenhuma do paciente. E ficava aquela coisa, aquela rotina, aquela reunião nada. O ACS trazia aquela informação que você não sabia se era atual, se não era. Às vezes trazia informação do mês passado. O quê que aconteceu? Ultimamente a gente está priorizando os casos com um risco um pouco maior. Estou percebendo que não estão pegando a pastinha de ordem alfabética mais e estão perguntando: ‘Qual é a demanda agora, gente?’ Aí o ACS começa a pontuar aqueles que estão assim... São mudanças importantes (Grupo focal com enfermeiros).

Outro problema, revelado pelos apoiadores, dessa vez em relação ao processo de trabalho da ESF, é a renovação da receita de psicofármacos, por sucessivas vezes, sem avaliação clínica do usuário pelo médico ou enfermeiro responsável. A prática não se

restringe aos psicofármacos, o mesmo ocorrendo eventualmente com relação às receitas de medicamentos para tratamento de hipertensão e diabetes. Os enfermeiros responsabilizam os ACSs pela situação:

A gente também tinha esse problema. Era renovação de receita sem ver o paciente. Então, assim, no próprio grupo operativo de hipertenso, diabético, tava sendo renovada receita. Medicamentos isolados. Olha pra você ver. Aí a gente tentou, teve uma reunião de equipe, porque o ACS, ele quer muito resolver o problema do paciente, pra se livrar dele. Porque eles ficam falando na sua cabeça: renova pra mim que eu to ficando louco. Aí toma essa receita, renova pra mim, que é de fulano de tal... Aí a gente tem que apagar incêndio. Quem trabalha com a gente dá mais demanda do que o paciente! (Grupo focal com enfermeiros).

Em outra passagem, entretanto, deixa-se subentender a aquiescência dos enfermeiros em relação à prática, que serve para filtrar o acesso ao médico face à grande demanda:

A gente não abre muito as portas porque senão eles [refere-se aos usuários] avançam. Mas querendo ou não a gente já... ‘vamos deixar agendado, quando tiver terminando a sua receita’, a gente já faz uma facilidade, pros que a gente vê que realmente tem necessidade (Grupo focal com enfermeiros).

Com o advento do AMSM nas ESFs, alguns usuários com transtornos mentais, estabilizados,¹²⁹ passaram a ter a ESF como referência para avaliações periódicas e obtenção de prescrição de medicamentos em uso. Ora, as altas dos usuários dos CAPSs, em muitos casos, não se fizeram acompanhar da responsabilização das ESFs pelo usuário – a qual, em tese, deveria ser uma constante, dado o caráter longitudinal do cuidado, a cargo das ESFs.

Embora os psiquiatras apoiadores possam orientar o médico da ESF para a continuidade do cuidado medicamentoso – seja em discussão de caso ou atendimento compartilhado –, muitas vezes a orientação não é sequer requisitada. Nesse contexto, ocorre de o usuário obter sua receita de psicofármacos sem a avaliação do médico responsável, o qual repete indefinidamente a prescrição obtida por aquele usuário quando de sua alta do CAPS. Nessas condições, muitos usuários egressos dos CAPSs se desestabilizaram, o que culminou com o retorno àquele serviço e fez com que a prática fosse discutida entre apoiadores e profissionais das ESFs:

¹²⁹ Em geral, no contexto do AMSM, considera-se um usuário estabilizado aquele que não apresenta riscos para si e/ou para terceiros e que tenha adesão ao tratamento. Na prática, essa situação se aplica a usuários com transtornos mentais leves a moderados, visto que os graves tendem a manter seu acompanhamento periódico nos ambulatórios dos CAPSs (Apresentação sobre o AMSM para as equipes dos CAPSs, 2011).

E a gente foi, sentamos, colocamos isso em discussão, que estava incorreto, estava errado, o paciente não estava sendo acompanhado, o médico não estava vendo esse paciente. Aí, rigorosamente de dois em dois meses nós temos trocado essa receita. O paciente que deixa a receita com você, infelizmente ele vai esperar. Aí ele vai aprender que vai sofrer algum [inaudível], mas a consulta dele vai ficar agendada e ele vai estar voltando para o clínico. Senão acaba virando...(Grupo focal com enfermeiros).

Em certo momento do grupo focal com enfermeiros, a entrevistadora busca se certificar sobre a mudança de prática quanto à renovação de receita e o papel do AMSM nesse contexto:

– E o apoio matricial teve algum efeito nesses...?

– Foram eles que xingaram a gente. [risos].

– Sim. Porque eles pegavam o prontuário só estava assim: renovado, renovado, renovado. ‘E a consulta?’[os matriciadores perguntavam] (Grupo focal com enfermeiros).

Os enfermeiros riem da situação de serem xingados pelos apoiadores que, como se estivessem no lugar de uma mãe (um dos significados etimológicos de “matriz”), xingam, corrigem e ditam a “boa prática”, a qual é acolhida pelas ESFs, “querendo ou não”, como diz um dos enfermeiros em fragmento citado mais acima. Considera-se como “boa prática”, no caso, o contato direto entre o profissional de saúde que prescreve o psicofármaco e o usuário, de forma a possibilitar a avaliação clínica e eventuais ajustes necessários quanto à medicação.

No grupo focal com enfermeiros, entretanto, foi discutida a falta de preparo dos médicos para tal avaliação e, conseqüentemente, para a tarefa da prescrição de psicofármacos. Para os apoiadores, o apoio especializado ofertado à ESF é justamente uma maneira de melhorar esse despreparo e acreditam que a não adesão de alguns médicos ao AMSM colabore para que o automatismo da “renovação de receitas” se perpetue.

Por outro lado, se os apoiadores se queixam da prática da prescrição sem avaliação do usuário, a ESF se queixa de que a equipe matricial discute um caso sem conhecer o usuário:

Mas passa anos e ninguém vê o paciente, ninguém chama pra consultar. Então esse acompanhamento desse paciente, principalmente esses que eles falam que estão ‘estáveis’, mas está lá tomando medicamento controlado pelo PSF, ele não encontra nem com o psiquiatra nem com o psicólogo. Então eu acho que isso é um grande problema, que eu sinto muita falta, que eu até comentei na matricial, que é isso.’ Tá bem?’ ‘Tá’. ‘Você conhece?’ ‘Não.’ E aí? Como é que discute com o ACS e o enfermeiro, um psiquiatra ou um psicólogo que nem conhece o paciente? (Grupo focal com enfermeiros).

A distância da equipe matricial em relação aos usuários surgiu, no grupo focal com enfermeiros, como um ponto que ameaça a segurança sentida pelos trabalhadores da ESF em relação ao AMSM:

Agora, eu acho que o paciente em si, hoje, na matricial, ele não está muito presente. O contato psiquiatra ou psicólogo-paciente, não tem. Então, muitas vezes, o que eu percebo? A médica da minha Unidade, o que ela já queixou muitas vezes é que ela não tem muito... ela não tem muito suporte de prescrever um medicamento, porque na hora discute, aumenta, altera o medicamento, mas quem tem que prescrever é ela, quem tem que manter o medicamento é ela. Então ela não se sente, às vezes, tão segura. Porque o psiquiatra não conhece o paciente, muitas vezes acaba não conhecendo, nem psicólogo porque... 'ela tá bem, tá estável' (Grupo focal com enfermeiros).

É preciso ressaltar que os relatos podem variar segundo a experiência de se contar ou não com a retaguarda assistencial dos psicólogos, o que deixou de restringir o contato dos apoiadores com os usuários apenas aos momentos do atendimento e visita domiciliar compartilhados:

Então, a gente sente essa falta deles estarem mais junto com o paciente. Aí a psicóloga começou a ficar mais um pouco, não sei se no Posto de vocês isso acontece. Então ela viu a necessidade, com o passar do tempo, porque a demanda era muito de psicologia. [...] E aí a psicóloga ficando mais durante a semana no posto, a gente tá tendo bons resultados (Grupo focal com enfermeiros).

[...] eles [refere-se à ESF] têm se sentido um pouco mais apoiados a partir do momento em que o psicólogo passou a ir mais vezes nos postos, por conta dos atendimentos psicológicos. [...] quando a gente começa a fazer alguns atendimentos, mesmo que pontuais, mesmo que não pra todos, parece que tem uma sensação maior de apoio, eu escutei isso de algumas pessoas (Grupo focal com apoiadores).

Fica claro que os enfermeiros não reivindicam, no caso, que os apoiadores se responsabilizem sozinhos pelo cuidado ao usuário, mas que eles possam, pelo menos, conhecer pessoalmente o usuário, para terem maior condição de discutir suas necessidades de cuidado. A discussão nos remete a uma questão fundamental no contexto das políticas públicas, que têm no usuário sua finalidade última: o usuário, de fato, está “bem” cuidado?¹³⁰

¹³⁰ Apesar de transcender o escopo desta pesquisa, ressaltamos aqui a necessidade de se aprofundar a investigação da percepção do usuário quanto aos cuidados em SM no contexto do AMSM.

No grupo focal com enfermeiros fica evidente o desejo de que o AMSM se aproxime mais do usuário, para que possa auxiliar a ESF no seu acompanhamento. Em geral, o contato direto dos apoiadores em relação ao usuário se dá nos casos de atendimentos ou visitas compartilhados ou, ainda, quando da retaguarda assistencial dos apoiadores. Na época da coleta de dados, a retaguarda assistencial dos psicólogos abrangia poucas ESFs. Entretanto, desde abril de 2011, com a inauguração dos NASFs, ela foi estendida a todas elas, o que pode ter alterado a percepção sobre a distância dos apoiadores em relação ao usuário. Apesar disso, atendimentos – compartilhados ou não – seja no âmbito do AMSM, dos CAPSs ou mesmo de ambulatorios – apresentam limites frente à grande demanda em SM.

Em suma, apoiadores e trabalhadores da ESF criticam, na prática uns dos outros, efeitos adversos da quase incomensurabilidade do acesso universal proposto para o SUS, associado à restrição de recursos de toda ordem para o enfrentamento da tarefa. Assim, a discussão entre os trabalhadores das ESFs e apoiadores produz um tensionamento entre o ideal e o real das práticas de saúde e tende a deslocar para os atores do cuidado a responsabilidade sobre o SUS “que não dá certo”.

Percebemos que grande parte dos diferentes embates entre trabalhadores das ESFs e apoiadores são constantemente permeados pela alusão à sobrecarga que, por sua vez, impacta a vertente pedagógica do AMSM e a relação dos atores com a estratégia. Nesse sentido, tivemos a oportunidade de enunciar, anteriormente,¹³¹ nosso pressuposto – respaldado na experiência e na literatura (MOURÃO, 2009; SOUSA *et al.*, 2011) – de que os trabalhadores da ESF tomam o AMSM como um trabalho suplementar e gerador de sobrecarga.

Encontramos, em documentos do apoio matricial, registros que dão conta da diminuição dos encaminhamentos das ESFs para os CAPSs. Levantamento realizado entre fevereiro e outubro de 2008 – após a implantação do AMSM na sua segunda versão – reforça a potência do dispositivo matricial na racionalização do acesso ao recurso especializado. Durante aquele período, dos 723 novos usuários que chegaram ao CAPS, 603 (83%) usuários eram provenientes de UBSs não matriciadas e apenas 120 (17%) eram de UBSs matriciadas. Santa Luzia tinha, então, 21 equipes matriciadas e 20 não matriciadas. As matriciadas foram escolhidas para o trabalho matricial justamente por critérios epidemiológicos que indicavam que elas acionavam mais o CAPS, bem como por sua maior vulnerabilidade social, o que redimensiona tal resultado e reafirma o impacto da estratégia matricial.

¹³¹ Conferir capítulo “Revisão da literatura e problema de pesquisa”.

De forma geral, todos os segmentos participantes da pesquisa reconhecem que o AMSM foi implantado, em Santa Luzia, com a intenção de “desafogar o CAPS”¹³²:

Eu acho também que foi um método deles desafogarem o fluxo de pacientes pro CAPS também, sem necessidade. É estar selecionando os pacientes que realmente precisam de atendimento lá (Grupo focal com ACSs).

Entretanto, a sobrecarga decorrente da diminuição dos encaminhamentos ao CAPS só foi discutida de forma mais explícita no grupo focal com enfermeiros. Percebemos que a narrativa em relação à sobrecarga se desenvolve da seguinte maneira: o CAPS, sobrecarregado, dá altas a usuários que a ESF não se vê em condições de assumir a responsabilidade (ainda que partilhada com o AMSM) pelo cuidado. Nesse contexto, a falta de um ambulatório especializado em SM, no município, é apontada como uma das razões da sobrecarga dos trabalhadores da ESF:

Eu gosto muito do apoio matricial. Com relação ao apoio matricial, eu não tenho o que me queixar. A única coisa que eu acho que dificulta muito é a falta de um ambulatório. Eu acho que se tá tão restrito de vaga, de não ter lugar de colocar o paciente mais, o CAPS faz o que faz, devolve paciente que não deve... (Grupo focal com enfermeiros).

Nesse grupo focal, foi criticado o propósito do AMSM de “desafogar os CAPSs”, por entenderem que o AMSM deveria se concentrar mais em dar apoio às ESFs. É como se os trabalhadores da ESF se perguntassem: afinal, a quem apoia o apoio?¹³³

Mas eu acho que ele [refere-se ao AMSM] age muito também pra desafogar o CAPS. Eu vejo muuuuito isso também. Eu, na minha opinião, acho que teria que ser apenas pra dar o apoio, não teria que ter essa outra mentalidade assim. Porque a gente tá ficando com paciente que é do CAPS. É a falta do ambulatório que eu falei. Eu tenho paciente que é do CAPS (Grupo focal com enfermeiros).

¹³² O objetivo de “desafogar o CAPS” se refere principalmente ao CAPS III, já que o CAPSi não sofre com problemas de superlotação. Também o número de crianças e adolescentes (até 18 anos) acompanhados pelo AMSM é menor em relação ao de adultos – aproximadamente 11% contra 89%, segundo documentos do AMSM.

¹³³ Novamente, podemos supor que essa questão tenha tomado outros contornos quando da inauguração recente dos NASFs, a qual ocorreu após a coleta de dados nos grupos focais e entrevistas. A impressão é de que o apoio à Estratégia à Saúde da Família – e não aos CAPSs – tem sido mais enfatizado pelos gestores e mais praticado pelos apoiadores, graças ao aumento da carga horária dos psicólogos e à ampliação da sua retaguarda assistencial a todas as ESFs.

Entretanto, os trabalhadores da ESF se identificam com o AMSM pela via da sobrecarga:

Tem que rever isso também, a questão da quantidade. Muitos pacientes... E sobrecarrega o matriciamento também. (Grupo focal com enfermeiros).

Eu só acho assim, que é a sobrecarga mesmo do psicólogo, do psiquiatra e da gente também, dos dois lados (Grupo focal com enfermeiros).

Nesse cenário de sobrecarga, interessa-nos saber como se insere o AMSM e, mais especificamente, que relação os trabalhadores da ESF estabelecem com ele. Em outras palavras, é importante compreender se a modalidade de implicação dos trabalhadores da ESF no AMSM é marcada pelo sentimento de ser apoiado ou sobrecarregado.

Constatamos, sobre isso, que os trabalhadores da ESF tomam os apoiadores como seus defensores no CAPS, diante do imperativo de desafogá-lo:

Ela [refere-se a uma usuária] só tá bem porque tá lá no CAPS, em tratamento, mas eles [refere-se aos profissionais dos CAPSs] sempre tendem a querer mandar ela pra gente. Aí a psiquiatra [refere-se à psiquiatra apoiadora]: 'Não'. Ela pontua isso lá pra eles, porque eu acho que eles têm reunião também com o pessoal do CAPS, né? Então eles pontuam: 'Olha, essa paciente aqui não é... Ela aceita vir pro CAPS, então ela é do CAPS'. Então eles dão essa força pra gente. Então tem um paciente que eles já falaram que estavam querendo dar alta. Ontem mesmo a gente discutiu na reunião e eles já vão pontuar lá no CAPS. Então eles apoiam nesse sentido assim de brigar pela gente quando realmente precisa (Grupo focal com enfermeiros).

Esta mesma impressão é reforçada por um apoiador: *Eu acho que ela [refere-se à ESF] sente que tem uma voz que fale por ela lá no CAPS* (Grupo focal com apoiadores).

Curiosamente, se na sua fundação o AMSM foi pensado para diminuir os encaminhamentos da ESF para o CAPS, hoje, o AMSM também pode ser visto como um filtro nos eventuais encaminhamentos do CAPS para a ESF. Como se os apoiadores fossem aliados da ESF frente à magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, defendendo-os, se necessário, dos encaminhamentos inadequados ou precipitados do CAPS. Somado a isso, considerando o reconhecimento dos trabalhadores da ESF de que o AMSM propicia o aumento do grau de autonomia, segurança para o cuidado em saúde mental e estreitamento do vínculo com os usuários, concluímos que os trabalhadores da ESF tomam o AMSM como aliado na tarefa do cuidado integral em saúde mental. Dessa forma, o AMSM não aparece vinculado à ideia de sobretrabalho, pois supõe-se que sem o apoio poderia ser pior, visto que

o sobretrabalho já é uma realidade da Estratégia da Saúde da Família. É nesse contexto que, no grupo focal com os enfermeiros, é dito: *Quem seríamos nós sem eles?*[risos]

Na literatura, Lyra (2007, p. 63) já havia mencionado relato de experiência de uma médica de Saúde da Família, de Camaragibe (PE), para a qual

[...] o trabalho conjunto com profissionais de saúde mental, ao contrário de aumentar a demanda de trabalho, como havia sido pensado inicialmente, qualificou e, conseqüentemente, reduziu a demanda já presente nas Unidades de Saúde da Família.

Finalmente, percebemos que a discussão em torno da racionalização do acesso ao CAPS ou mesmo das altas inadequadas desse serviço, no contexto da magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, traz, em si, um tensionamento entre os trabalhadores da ESF, apoiadores e equipe do CAPS que diz respeito à decisão de quem vai cuidar do usuário, o qual pode passar a dividir com o AMSM a condição de “sem lugar”¹³⁴.

¹³⁴ A respeito do AMSM como “sem lugar”, conferir o capítulo “Histórico da implementação do Apoio Matricial em Saúde Mental em Santa Luzia: fatos e análise da sua fundação institucional”.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Então é isso que me encanta demais nesse trabalho, que a gente não para em nenhum momento. É isso (Grupo focal com apoiadores).

O mais importante é que o apoio matricial está melhorando e é muito bom pra equipe de Saúde da Família, porque querer um apoio matricial já perfeito e funcionando é difícil... (Grupo focal com enfermeiros).

Constatamos que as modalidades de implicação de apoiadores e trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família no AMSM atravessam e são atravessadas por conflitos institucionais que habitam o cenário de Santa Luzia, tomados como analisadores das relações em foco.

A fundação institucional do AMSM em Santa Luzia interfere na composição dessas modalidades de implicação. A estratégia foi concebida pela equipe de SM, para ser operada com os trabalhadores das ESFs, na Estratégia de Saúde da Família. Apesar do desejo manifesto pela equipe de SM de melhorar o cuidado aos usuários com transtornos mentais pela mudança na gestão desse cuidado, a frágil pactuação da estratégia com os trabalhadores das ESFs e respectivo coordenador colaborou para tensionamentos e resistências – nem sempre explícitas – em relação ao AMSM.

Todavia, a maior parte das resistências diminuiu ao longo do tempo, proporcionalmente à negociação da estratégia matricial nos espaços coletivos, de forma horizontal e dialógica – tarefa da qual os gestores não se apropriaram, transferindo-a aos apoiadores. Também colaborou para a superação das resistências a percepção dos efeitos do AMSM no cotidiano da Estratégia de Saúde da Família. Os trabalhadores das ESFs reconhecem a potência do AMSM para a mudança das práticas – mais consoante aos princípios da integralidade – e das subjetividades daqueles que as protagonizam. Tais mudanças ocorreram em um contexto de reorganização do processo de trabalho, com destaque para o início da prática de reuniões de equipe, até então inexistente na maior parte das ESFs.

Em geral, os trabalhadores das ESFs apreciam e usufruem do potencial pedagógico do AMSM e sabem mapear seus efeitos. Quando operado segundo compartilhamento de ideias e decisões, o AMSM lhes permite perceberem-se apoiados. Associam ao AMSM um aumento de resolutividade e a racionalização do acesso ao recurso especializado, graças ao aumento do

grau de autonomia e da segurança para o cuidado em SM. Com a diminuição de encaminhamentos de usuários aos CAPSs, percebem-se mais comprometidos com os casos, o que colabora para o fortalecimento do vínculo com os usuários que, por sua vez, se sentem mais seguros pelo fato da ESF ser apoiada por especialistas em SM.

Os diferentes profissionais da ESF apresentam, entre eles, particularidades quanto às modalidades de implicação no AMSM. Os médicos são os que mais evocam o potencial pedagógico da estratégia e seus efeitos sobre a Clínica. Relacionam-se com o AMSM, sobretudo como aprendizes, o que também se aplica a aprender a conviver com um reordenamento de poder na equipe, no contexto da produção coletiva do cuidado em saúde, para o que colabora o Método da Roda, utilizado pela equipe matricial. A implicação dos ACSs no AMSM é permeada pelos efeitos de valorização do seu conhecimento para a ampliação da Clínica na Estratégia de Saúde da Família e são ressaltadas as mudanças relativas à sua maneira de conceber e lidar com os usuários com transtornos mentais, reafirmando que a mudança de práticas não se faz desvinculada da mudança dos sujeitos. Os enfermeiros tiveram um papel diferenciado no que se refere a desvelar a instituição AMSM, identificando conflitos e disputas de poder. Nesse sentido, expuseram a sobrecarga como elemento que atravessa a implicação tanto de apoiadores quanto de trabalhadores da ESF no AMSM, sobretudo na sua vertente pedagógica. Nesse contexto de sobrecarga da Estratégia da Saúde da Família – para o que colabora sua função de coordenação do cuidado segundo princípios da integralidade e longitudinalidade –, os apoiadores não são tomados como aqueles que vão trazer um sobretrabalho à ESF, conforme nosso pressuposto, mas como aqueles que podem ser aliados frente à magnitude epidemiológica dos transtornos mentais e às altas inadequadas do CAPS – pressionado por sua superlotação – à ESF. Assim, os trabalhadores das ESFs mantêm com os apoiadores – e com o AMSM – relações tensionadas pela sobrecarga e por conflitos de poder, mas também laços de solidariedade e interesse.

A implicação – e, eventualmente, a sobreimplicação – dos apoiadores no AMSM é marcada tanto pela inquietude pelos graus de liberdade e improviso no exercício matricial quanto pelo prazer pela cogestão da estratégia, conforme nosso pressuposto de que os apoiadores consideravam o AMSM uma tarefa instigante. Por esses motivos, apesar de eventualmente deixarem que suas práticas sejam capturadas pelo instituído, os apoiadores dão mostras de rever sua posição quando necessário e pertinente. Entretanto, tal revisão não costuma ocorrer como efeito do diálogo entre eles e as ESFs, mas como resultado de uma análise do próprio processo de trabalho, a qual é facilitada pelas reuniões semanais de toda a

equipe matricial, dedicadas a esse fim. É necessário, entretanto, aprimorar a cogestão do processo de trabalho matricial entre apoiadores e as ESFs.

Os apoiadores são, muitas vezes, ambíguos em sua relação com a metodologia matricial, utilizando-a para promover maiores graus de autonomia entre os trabalhadores da ESF, mas também para recusar a eles um maior poder de decisão sobre a condução da estratégia, como é o caso da marcação do atendimento compartilhado sem discussão prévia, por exemplo.

Ao longo da pesquisa, percebemos que a oscilação do foco entre as relações que os atores estabelecem com AMSM e o aprofundamento na tessitura institucional do próprio AMSM reforçam a ideia de que a análise das implicações remete à análise da instituição. Dito de outra forma, a análise da implicação dos atores com o AMSM nos revelou sua potência como estratégia – considerada acima – e também os atravessamentos que a despotencializam.

A magnitude epidemiológica dos transtornos mentais e a sobrecarga, por exemplo, foram elementos identificados como despotencializadores da estratégia matricial. Nesse contexto, a vertente pedagógica do AMSM surgiu, em alguns momentos, como descompassada em relação à urgência cotidiana do “incêndio a ser apagado”. Também identificamos a frágil pactuação do AMSM no contexto de Santa Luzia e a eventual captura das práticas pelo instituído – como no caso da “passação de fichas” – como despotencializadores do AMSM. Em última instância, por mais disponíveis ao pacto de responsabilização que sejam, trabalhadores das ESFs e apoiadores não conseguem se responsabilizar por todos os usuários que deles necessitam. A integralidade e o princípio da saúde como direito de todos resta sendo uma promessa no horizonte e reforça a importância de se incluir, em outros trabalhos investigativos, a percepção dos usuários sobre o cuidado em saúde mental no contexto do AMSM às ESFs.

No cenário sub-financiado e de estrangulamento do setor saúde, propor uma metodologia promotora do aumento dos coeficientes de autonomia dos trabalhadores da ESF e da cogestão do processo de trabalho – como é o caso do AMSM – é uma proposta ousada e pertinente. Entretanto, como todas as metodologias e estratégias, mesmo as mais inovadoras, ela conta com desafios que podem esbarrar em limites. Um dos maiores é justamente fazer face à demanda em saúde mental com a formação e a possibilidade de retaguarda assistencial direta reduzida em razão disso, o que pode ser ainda mais tensionado em cenários como Santa Luzia, que tem a peculiaridade de não ter outras equipes de saúde mental fora dos CAPSs, além da equipe matricial. Some-se a isso o fato de que as menções às práticas intersetoriais

quase não são feitas ou, quando são, apresentam muitas dificuldades. Em geral, o trabalho em rede ainda é um desafio para gestores e trabalhadores da saúde, ainda que o AMSM tente apoiar o usuário e a rede necessária ao seu cuidado.

A implicação de apoiadores e trabalhadores da ESF no AMSM é permanentemente atravessada por questões relativas à infraestrutura e organização do SUS no nível local, de forma consoante – ou não – às diretrizes nacionais. Vale ainda dizer que as análises do processo de trabalho matricial feitas ao longo desta pesquisa possibilitaram a tomada de consciência de vários problemas do AMSM em curso em Santa Luzia e já inspiraram a mudança de algumas práticas. Enfim, muitas transformações estão em curso, não só como eco às análises feitas nesta pesquisa e retomadas em campo pela pesquisadora, quanto, principalmente, pelo monitoramento constante das atividades do AMSM, por toda a equipe e coordenação – atitude instituinte que supomos ter colaborado para a transformação e aprimoramento do AMSM, juntamente com o estudo, o registro das atividades, as pesquisas, a produção escrita e a discussão da experiência em encontros científicos.

Em última instância, lembramos que o AM não é um fim em si mesmo. Ele é tão somente uma ferramenta – estratégica – para potencializar a Estratégia de Saúde da Família. Poderá ou não ser bem sucedido na sua tarefa, o que dependerá, também, das relações que se estabelecem entre os atores e deles com a estratégia matricial, tecnologia predominantemente leve, fundada nas relações.

Considerando seu potencial de produzir mudanças, identificado na nossa pesquisa – apesar das dificuldades e limites –, ressaltamos a importância da incorporação do AMSM como ferramenta tecnológica e de gestão, tanto em nível nacional quanto local. Afinal, o instituído não é necessariamente ruim, assim como o instituinte não é necessariamente bom – há de se ter uma modulação entre eles. Encontrar a medida entre a marginalidade operacional vital ao AMSM, e sua adoção como política no cenário local e nacional para assegurar sua condição de continuar a operar, permanece como um desafio, cujo enfrentamento pode ser facilitado pelo caráter transversal da metodologia. Nesse sentido, destacamos a importância da apropriação do AMSM como ferramenta tecnológica no cenário dos NASFs, à qual deve se seguir a necessária vigilância para que as práticas não se reproduzam, mas produzam um cuidado à saúde potente para usuários e sujeitos envolvidos na produção do cuidado. Compreendemos que uma das ações nessa direção é a investigação dos campos de força que sustentam as práticas institucionais, tendo tomado esta pesquisa como uma intervenção a favor desse necessário movimento de interrogar(-se).

Por fim, os resultados desta pesquisa apontam para a necessidade da persistência: não se muda em pouco tempo uma prática ou o paradigma que a sustenta. Apesar disso, os atores reconhecem o movimento institucional incessante do AMSM, ora reproduzindo, ora inovando. Em meio a tal realidade mutante, podemos mesmo afirmar que as modalidades de implicação na estratégia matricial, elucidadas aqui, talvez já se apresentem hoje de formas diferentes.

REFERÊNCIAS

ABBOTT, A. **The system of professions: an essay on the division of expert labor.** Chicago: The University of Chicago Press, 1988. 435 p.

AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil.** 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. 136 p.

AMORIM, E. M. **(Inter)relações entre Saúde da Família e CAPS: a perspectiva dos trabalhadores sobre o cuidado a portadores de transtorno mental em Campinas-SP.** 2008. 154f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

ANDRADE, I. C. **Equipe matricial em Saúde Mental: um estudo exploratório-analítico da implantação das equipes de apoio matricial no município de Santa Luzia.** 2008. 47 p. Monografia – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

ARDOINO, J. **Décembre, 1991.** Disponível em: <<http://jacques.ardoino.perso.sfr.fr/pdf/IMPLICJA.pdf>>. Acesso em 22 ago. 2012.

ASSIS, S. G.; NJAINE, K. MINAYO, M. C. S.; SANTOS, N. C. Apresentação e divulgação de resultados. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 223-244.

BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática.** 3. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996. 235 p.

BARROS, R. B. **Grupo: afirmação de um simulacro.** Porto Alegre: Sulina/Ed. UFRGS, 2007.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface Comun Saúde Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005.

BEZERRA, E. N. R. **Estratégias de cuidado integral à saúde: os CAPS no processo de implementação do apoio matricial em Natal/RN.** 2008. 173f. Dissertação (Mestrado em psicologia) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2008.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na Atenção Básica. **Psicol Ciênc Prof.**, Brasília, v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008.

BLANCHET, A.; GOTMAN, A. **L'enquête et ses méthodes: l'entretien.** Paris: Nathan, 1992. 125 p.

BOTEGA, N. **Prática psiquiátrica no hospital geral.** Porto Alegre: Artmed, 2001.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, 9 abr. 2001. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 22 ago. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental/Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. p. 77-84.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica sobre Caracas**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24138&janela=1>. Acesso em: 22 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 154**, de 24/1/2008. Cria e estabelece os critérios para credenciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. 2008. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/dab>>. Acesso em: 25 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.488/GM**, de 21/10/2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: <[http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-\[5046-041111-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-[5046-041111-SES-MT].pdf)>. Acesso em: 30 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 648/GM**, de 28/3/2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família**. Brasília: MS, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 52 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 17 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b, 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS**. Redes de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRÊDA, M. Z.; ROSA, W. A. G.; PEREIRA, M. A. O.; SCATENA, M. C. M. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Riberão Preto, v. 13, n. 3, p. 450-452, 2005.

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

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

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005a.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MEHRY, E. E; ONOCKO CAMPOS, R. (Orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 229-266.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005b.

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

CAPOZZOLO, A. A. **Os desafios para o gerenciamento do trabalho médico**: um estudo em unidades básicas do município de Diadema-SP. 1997. 180f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1997.

CECILIO, L. C. O. O "trabalhador moral" na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface Comun Saúde Educ.**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 345-351, 2007.

CHIAVERINI, D. H. *et al.* **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde / Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.

COIMBRA, C. M. B.; NASCIMENTO, M. L. Análise de implicações: desafiando nossas práticas de saber/poder. In: GEISLER, A. R. R.; ABRAHÃO, A. L.; COIMBRA, C. (Org.). **Subjetividade, violência e direitos humanos**: produzindo novos dispositivos na formação em saúde. Niterói: EDUFF, 2008, p. 143-153.

- CRUZ, M. S.; SALETTE, M. B. F. O vínculo necessário entre a saúde mental e o Programa de Saúde da Família na construção da rede de atenção integral aos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 24, p. 67-79, mar./abr. 2007.
- CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005. 211 p.
- DELFINI, P. S. S. *et al.* Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1483-1492, 2009.
- DEMAZIÈRE, D.; DUBAR, C. **Analyser les entretiens biographiques: l'exemple de récits d'insertion**. Paris: Nathan, 1997.
- DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.
- DESLANDES, S. F. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica In: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 33-47.
- DIMENSTEIN, M. *et al.* 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, jan.-mar. 2009.
- DOMITTI, A. C. P. **Um possível diálogo com a teoria a partir das práticas de apoio especializado matricial na atenção básica de saúde**. 2006. 80 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.
- FEUERWEKER, L. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface Comunic Saúde Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, 2005.
- FIGUEIREDO, M. D. **Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas (SP)**. 2006. 137f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas Campinas, 2006.
- FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO CAMPOS, R. Saúde mental e atenção básica à saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. **Saúde Debate**, Londrina, v. 32, n. 78/79/80, p. 143-149, jan./dez. 2008.
- FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO CAMPOS, R. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009.
- FLICK, U. **Pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 312 p.
- FORTES, P. A. C.; SPINETTI, S. R. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **CAD. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1.328-1.333, 2004.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 345-353, 1999.

FREITAS, M. I. F. **Des discours et des actes dans l'innovation socio-médicale au Brésil** : analyse des enjeux institutionnels et stratégiques dans la participation de l'université fédérale de Minas Gerais à cette innovation. 1991. Thèse (Doctorat Nouveau Régime) – UFR Sciences sociales et psychologiques, Section Sciences de l'éducation, Université de Bordeaux II, 1991.

GAMA, C. A. P.; ONOCKO CAMPOS, R. Saúde mental na atenção básica: uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 112-131, 2009.

GOULART, B. F.; FREITAS, M. I. F. A implicação de trabalhadores de ambulatórios municipais, em Uberaba, Minas Gerais, Brasil, na reorganização de serviços preconizada pelo Sistema Único de Saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 2.123-2.130, 2008.

GUIGOU, Jacques. **La cité des ego**. Grénoble: Éditions de l'impliqué. 1987.

GUILLIER, D. L'analyse des implications dans les pratiques socianalytiques: celles de l'analyste ou/et celles de son client? In: NASCIMENTO, M. L.; MONCEAU, G. **Education, médecine et action sociales: de la recherche clinique au politique**. Actes du Séminaire de recherche franco-brésilien. Paris: Université de Paris-VIII, 2002.

GUILLIER, D.; SANSON, D. Implication: des discours d'hier aux pratiques d'aujourd'hui. **Les cahiers de l'implication**, Paris, n. 1, p. 17-29, 1997/1998.

HESS, R. **La socianalyse**. Paris: Éditions Universitaires, 1975.

HESS, R. O movimento da obra de René Lourau (1933-2000). In: ALTOÉ, S. (Org.). **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 15-46.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

HOWARD, J. Humanization and dehumanization of health care: a conceptual view. In: _____; STRAUSS, A. (Ed.). **Humanizing Health Care**. Nova York, 1975.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=315780#>>. Acesso em: 31 maio 2012.

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

L'ABBATE, S. O analisador dinheiro em um trabalho de grupo realizado num hospital universitário em Campinas, São Paulo: revelando e desvelando as contradições institucionais. In: ALTOÉ, S. R.; CONDE, H. de B. (Org.). **Análise institucional**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 79-99.

L'ABBATE, S. Santé Collective et analyse institutionnelle: condition d'interaction. In: NASCIMENTO, M. L.; MONCEAU, G. **Education, médecine et action sociales: de la recherche clinique au politique**. Actes du Séminaire de recherche franco-brésilien. Paris: Université de Paris-VIII, 2002.

L'ABBATE, S. A análise institucional e a saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2003 . p.265-274

LANCETTI, A (Org.). **Saúde mental e saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2000. v. 7: Saúde e Loucura.

LOPES, A. F. *et al.* Matriciamento: a representação social da Equipe de Saúde da Família. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.34, n.85, p.211-218. abr./jun. 2010.

LOURAU, R. **Análise institucional e práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro: NAPE/UERJ, 1993. 119 p.

LOURAU, R. **Análise institucional**. Petrópolis: Vozes, 1975. 294 p.

LOURAU, R. Implicação e sobreimplicação. In: ALTOÉ, S. (Org.) **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004a. p. 186-198.

LOURAU, R. Implicação: um novo paradigma? In: ALTOÉ S. (Org.). **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004b. p. 246-258.

LOURAU, R. **Implication transduction**. Paris : Anthropos, 1997a. 198 p.

LOURAU, R. **Interventions socianalytiques: les analyseurs de l'église**. Paris: Anthropos, 1996. 176 p.

LOURAU, R. **L'Assemblée Générale: genèse socianalytique d'un dispositif**. Laboratoire d'analyse institutionnelle. Paris: Université de Paris 8, 1998/1999.

LOURAU, R. **La Clé des Champs: une introduction à l'analyse institutionnelle**. Paris: Anthropos, 1997b. 112 p.

LOURAU, R. **Le lapsus des intellectuels**. Toulouse: Privat, 1981. 290 p.

LOURAU, R. Objeto e método da Análise Institucional. In: ALTOÉ, S. (Org.) **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004c. p. 66-86.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática – anos 80. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 1. n. 1, p. 77-96, 1991.

LYRA, M. A. A. Desafios da saúde mental na atenção básica. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 24, p. 57– 66, mar./abr. 2007.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões sobre alguns valores que merecem ser defendidos. PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, ABRASCO, 2001.

- MEDEIROS, C. R. G. *et al.* A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, suppl. 1, p. 1.521-1.531, 2012.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007a. p. 71-112.
- MERHY, E. E. Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 267-279, 2012.
- MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M. *et al.* Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007b. p. 113-150.
- MERINO, B. Processus analytique des implications dans la recherche: le travail du chercheur sur ses propres implications. **Les cahiers de l'implication**. Paris, n.1, p. 59-71, 1997/1998.
- MIELKE, F. B.; OLCHOWSKY, A. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: avaliação de apoio matricial. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 3, n. 6, p. 900-907, 2010.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1998. 269 p.
- MONCEAU, G. Acte manqué de la recherche (1994). In: LAMIHI, A. ; MONCEAU, G. **Institution et implication: l'œuvre de René Lourau**. Paris: Sylepse, 2002. p. 161-180.
- MONCEAU, G. Implicação, sobre implicação e implicação profissional. **Fractal Rev Psicol.**, Niterói, v.20, n. 1. p. 19-26, jan./jun. 2008a.
- MONCEAU, G. Implications scolaires des parents et devenirs scolaires des enfants. In: KHERROUBI, M. **Des parents dans l'école**. Ramonville Saint-Agne: ERES, 2008b. p. 37-87.
- MOURÃO, H. Nasf: concepções e desafios. Seminário Nacional sobre a participação da Psicologia nos NASFs. Brasília, 3 a 4 de julho de 2008. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família**. Brasília: CFP, 2009. p. 43-47.
- NASCIMENTO, C. C.. **Apoio matricial em saúde mental: possibilidades e limites no contexto da reforma psiquiátrica**. 2007. 176f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. de C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.34, n.1, p. 92-96, 2010.
- NEVES FILHO, José Moura. **Saúde mental, atenção primária e a estratégia de saúde da família: a implantação de unidades básicas de apoio à Saúde Mental na região sul do**

Município de São Paulo – um estudo de caso. 2009. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

NUNES, M. O. *et al.* O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p. 1.639-1646, 2002.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa de Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2.375-2.384, out. 2007.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 122-149.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 43-50, 2012.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2006. p. 669-688.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação – relatório mundial. Brasília: OMS, 2003.

PATTON, M.Q. **Qualitative evaluation and research methods**. London: Sage. 1990. 2nd edn.

PAULON, S. M. A análise de implicação com ferramenta na pesquisa-intervenção. **Psicol Soc.**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 18-25, 2005.

PÉGUY, C. **Un poète m'a dit**. Publication posthume, 1907.

PENIDO, C. M. F. A clínica e a formação nos CERSAMs de Belo Horizonte In: AMARANTE, P. **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU, 2005. p. 91-112.

PENIDO, C. M. F. A habilitação do sujeito para a construção do caso clínico e do seu projeto terapêutico. **Gerais Revista Interinstitucional de Psicologia**, Belo Horizonte, v.2, p.192-198, 2010.

PENIDO, C. M. F. **A utopia do 'novo profissional' nas equipes multiprofissionais dos Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMs) de Belo Horizonte**. 2002. 157f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.

PENIDO, C. M. F. *et al.* Apoio matricial como tecnologia em saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.34, n.86, p.467-474, 2010.

PEREIRA, A. A. Saúde Mental para médicos e enfermeiros que atuam no Programa de Saúde da Família: uma contribuição sobre o processo de formação em serviço. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 24, p. 13-33, 2007.

PETITAT, A. Secret et morphogenèse sociale. In: PETITAT, A. **Secret et formes sociales**. Paris: PUF, 1998. p. 81-101.

PINTO, R. M.; Spector, A. Y.; Valera, P. A. Exploring group dynamics for integrating scientific and experiential knowledge in Community Advisory Boards for HIV research. **AIDS Care**, Oxford, n. 23, p. 1.006-1.013, 2011.

RIBEIRO, G. C. *et al.* Integração do Programa de Saúde da Família com o Programa de Saúde Mental em um Centro de Saúde de Belo Horizonte. In: NILO, K. *et al.* **Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma Utopia**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008. p. 39-52.

ROCHA, D.; DEUSDARÁ, B. **Contribuições da análise institucional para uma abordagem das práticas linguageiras**: a noção de implicação na pesquisa de campo. Niterói: Cadernos de Letras da UFF, 2010.

RODRIGUES, H. B. C. **As subjetividades em revolta**: institucionalismo francês e novas análises. Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1993.

ROMAGNOLI, R. C. **Notas para exame de qualificação da aluna Cláudia Maria Filgueiras Penido**. Belo Horizonte, 2010. (Mimeo.)

ROMAGNOLI, R. C. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. **Psicol Soc.**, Porto Alegre, v. 24, n. 3, 2012. (No prelo)

ROTELLI F. Mauri D. A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos "Países Avançados". In: _____; LEONARDIS, O. Mauri D, RISIO C. (Org.) **Desinstitucionalização**. São Paulo, SP: Hucitec; 1990. p. 89-99.

SADA, D.; SOLIVERES, A. La surimplication. **Les Cahiers de l'implication**, Paris, n. 1, p. 85-103, 1997/1998.

SANTA LUZIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto de apoio matricial em saúde mental**. Santa Luzia: SMS, 2007.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-725, 2009.

SILVA, C. B.; SANTOS, J. E.; SOUZA, R. C. Estratégia de apoio em saúde mental aos agentes comunitários de saúde de Salvador-BA. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 153-160, 2012.

SILVEIRA, M. R. **A saúde mental na atenção básica**: um diálogo necessário. 2009. 145f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

SOUSA, F. S. P. *et al* . Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1.579-1.599, 2011.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.

STARR, P. **The social transformation of American medicine**. New York: Basic Books, 1982. 514 p.

TRAD, L. A. B.; ESPERIDIÃO, M. A. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. **Interface Comunic Saúde Educ.**, Botucatu, v. 13, supl.1, p. 557-70, 2009.

VASCONCELOS, M. F. F.; PAULON, S. M. **Instituição militância em análise**: a sobreimplicação dos trabalhadores na Reforma Psiquiátrica brasileira. **Psicol Soc.**, São Paulo, v. 24, n. 3, 2012. (No prelo)

VECCHIA, M. D. **A saúde mental no programa de saúde da família**: estudo sobre praticas e significações de uma equipe. 2006. 94f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2006.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 84 p.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Bol. Oficina Sanit Panam.**, Washington, v. 6, n. 20, p. 472-482, 1996.

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

AVALIAÇÃO DA CORRESPONSABILIZAÇÃO E CLÍNICA AMPLIADA EM SAÚDE MENTAL COM APOIO MATRICIAL EM SANTA LUZIA-MG

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos-lhe para participar de pesquisa avaliativa do apoio matricial em saúde mental oferecido às equipes de saúde da família de Santa Luzia-MG. Este estudo está sendo desenvolvido pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, em colaboração com a Secretaria Municipal de Saúde de Santa Luzia. A pesquisa está sob coordenação da Profa. Dra. Maria Imaculada de Fátima Freitas e integra o projeto de doutorado da aluna Cláudia Maria Filgueiras Penido.

SUA PARTICIPAÇÃO NÃO É OBRIGATÓRIA:

Este termo de consentimento lhe dará informações sobre o estudo e você poderá conversar sobre ele ou qualquer dúvida que tenha com o próprio entrevistador ou coordenador do grupo focal do qual participará. Após você ter entendido o estudo, e se decidir participar do mesmo, solicitaremos que você assine o termo de consentimento. Você receberá também uma cópia para você guardar. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com este serviço.

OBJETIVOS DO ESTUDO:

Avaliar a estratégia matricial em saúde mental no município de Santa Luzia-MG para o desenvolvimento das práticas humanizadoras da corresponsabilização sanitária e da clínica ampliada pelos profissionais da Saúde da Família. As pesquisas avaliativas sobre os efeitos do apoio matricial na corresponsabilização e na ampliação da clínica em saúde mental dos profissionais de saúde da família são ainda raras, provavelmente devido ao caráter recente desta metodologia encampada pelo Ministério da Saúde, o que reforça a necessidade de aprofundamento no tema e de sua investigação em diferentes contextos. Desta forma, precisamos entrevistar pessoas envolvidas nesta metodologia e, caso concorde em participar da pesquisa,

1. () iniciaremos uma discussão em grupo sobre o assunto, chamada técnica de grupo focal.
2. () faremos uma entrevista individual.

PROCEDIMENTOS:

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

1. () Durante o grupo focal, perguntaremos sobre o apoio em saúde mental oferecido pela equipe matricial à saúde da família de Santa Luzia e também sobre cuidados em saúde mental dispensados pelos profissionais de saúde da família. Este grupo focal não deve demorar mais do que duas horas e você será dispensado do trabalho por um período de três horas, incluído tempo para deslocamento até o local de sua realização. Você poderá se recusar a falar sobre qualquer aspecto do assunto abordado.
2. () Durante a entrevista, perguntaremos sobre o apoio em saúde mental oferecido pela equipe matricial à saúde da família de Santa Luzia e também sobre cuidados em saúde mental dispensados pelos profissionais de saúde da família. Esta entrevista não deve demorar mais do que uma hora. Você poderá se recusar a falar sobre qualquer aspecto do assunto abordado.

CONFIDENCIALIDADE:

Você tem a garantia de que os resultados desta pesquisa e suas respostas serão confidenciais. Nenhuma identificação pessoal estará vinculada às suas respostas. Todos os dados da pesquisa serão identificados apenas por códigos. Somente você e algumas pessoas trabalhando diretamente na pesquisa saberão estes códigos. Os arquivos de áudio ou fitas contendo as gravações de grupos focais ou entrevistas serão armazenados por no máximo 5 anos. Nenhuma informação sobre os seus dados será utilizada sem sua permissão. Os dados coletados serão utilizados somente para o estudo.

POSSÍVEIS RISCOS:

O único risco potencial de participar desta pesquisa é um possível desconforto com algumas perguntas avaliativas sobre o processo de trabalho, apesar do esclarecimento feito sobre a preservação do sigilo dos envolvidos na pesquisa.

POSSÍVEIS BENEFÍCIOS:

Os resultados da pesquisa, além de buscarem suprir em parte uma defasagem científica, poderão ser utilizados pela gestão da saúde da família, coordenação de saúde mental e apoio matricial em saúde mental de Santa Luzia, na compreensão e elaboração de estratégias de melhoria da corresponsabilização e clínica ampliada em saúde mental por parte dos profissionais de saúde da família apoiados pela estratégia matricial.

Além disso, esta pesquisa se traduz em uma oportunidade de avaliar o próprio trabalho de apoio matricial. Considera-se que a chance de fazê-la com retaguarda científica, crítica qualificada e ponderações éticas dos pares torna mais adequada a empreitada. Ademais, a necessidade de aproximar a realidade dos serviços de saúde em relação à academia é frequentemente reiterada nos dias de hoje, podendo-se considerar este trabalho um esforço nesta direção.

CUSTOS:

1. () Entrevista: não haverá custos para participação na pesquisa.
2. () Grupos focais: o único custo para a participação na pesquisa será aquele referente ao deslocamento do participante até o local de coleta dos dados. Não há reembolso previsto para este fim.

OUTRAS INFORMAÇÕES:

Você pode contactar Dra. Maria Imaculada de Fátima Freitas na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais e Coordenador do Projeto pelo telefone 34099871 ou Cláudia Maria Filgueiras Penido no tel. 3641-5206, para tirar suas dúvidas sobre sua participação ou para comunicar qualquer problema com relação a este projeto. O endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG) é Av. Antônio Carlos 6627, Unidade Administrativa II, segundo andar, sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte-MG, Brasil, CEP: 31270-901, tel.3409-4592.

Maria Imaculada de Fátima Freitas
Coordenadora da pesquisa/ Orientadora

Cláudia Maria Filgueiras Penido
Doutoranda

ANEXO A



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

Parecer nº. ETIC 0205.0.203.000-10

Interessado(a): Profa. Maria Imaculada de Fátima Freltas
Depto. Materno Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 09 de setembro de 2010, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **"Avaliação da corresponsabilização e clínica ampliada em saúde mental com apoio matricial em Santa Luzia-MG"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

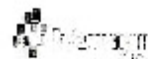
O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO B



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - Bairro Santa Efigênia
 CEP: 30130-100 - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil



Belo Horizonte, 05 de abril de 2010.

De: Profa. Dra. Maria Imaculada de Fátima Freitas/LFMG e
 Servidora Cláudia Maria Tigueiras Perillo
 Para: Ilmo. Dr. Paulo de Turso Machado Anais - Secretário Municipal de Saúde de Santa
 Luzia/MG.
 Assunto: Autorização para realização de pesquisa de campo sobre a estratégia matricial em
 saúde mental em Santa Luzia-MG.

Prezado Senhor Secretário,

A estratégia matricial é considerada pelo Ministério da Saúde uma ferramenta indispensável para a humanização da atenção em saúde, porém são raros os trabalhos que avaliam sua influência na coresponsabilização e na clínica ampliada previstas para a atenção básica.

Para avaliá-la no âmbito de Santa Luzia, propomos pesquisa vinculada ao doutoramento em Saúde e Enfermagem na Escola de Enfermagem da UFMG da servidora municipal Cláudia Maria Tigueiras Perillo, com projeto coordenado por sua orientadora Profa. Dra. Maria Imaculada de Fátima Freitas, e solicitamos permissão desta Secretaria para realização de pesquisa de campo.

A pesquisa, intitulada *Avaliação da Co-responsabilização e Clínica Ampliada em Saúde Mental com Apoio Matricial em Santa Luzia-MG*, tem por objetivo avaliar a estratégia matricial em Saúde Mental no município de Santa Luzia-MG para o desenvolvimento da coresponsabilização e do exercício da Clínica Ampliada em Saúde Mental pelos profissionais da Saúde da Família. Dados de pesquisa realizada em parceria com a Universidade de Colúmbia/Novo Iorque-EUA, entre agosto e outubro de 2009, deverão ser utilizados para o estudo.

Para a presente coleta estão previstas três frentes:

- 1- Análise de documentos ligados direta ou indiretamente às ações de saúde mental na atenção básica do município, tais como projetos, documentos produzidos pelos operadores matriciais a título de avaliação do processo de trabalho, etc.
- 2- Realização de grupos focais com profissionais e estagiários envolvidos na estratégia de reorganização das ações de saúde mental na atenção básica.
- 3- Entrevistas com os gestores envolvidos na estratégia de reorganização das ações de saúde mental na atenção básica.

Informamos que a técnica de pesquisa de grupos focais visa reunir envolvidos com a temática para sua discussão aprofundada, com a presença da coordenadora da pesquisa e/ou assistentes de campo como mediadores. Prevê-se a realização de, pelo menos, quatro grupos focais com os profissionais de saúde do

Paulo de Turso Machado Anais
 Secretário Municipal de Saúde
 Santa Luzia - MG

[Assinatura]

família e um grupo com os apoiadores matriciais. Os grupos contarão com até dez integrantes e terão uma duração média de uma hora e meia.

A participação dos funcionários nesta atividade será voluntária e sem reembolso previsto, e não ocupará mais do que três horas do expediente, incluindo-se o tempo de deslocamento até o local de realização do trabalho, que será definido com cada grupo.

Com os gestores envolvidos, serão feitas entrevistas semi-estruturadas, pela coordenadora da pesquisa ou assistente de campo, em horário pré-agendado, de acordo com a conveniência do entrevistado.

Solicitamos que esta pesquisa vinculada ao doutoramento, além de buscar suprir em parte uma defasagem científica na área, buscará produzir um relatório final que poderá subsidiar a gestão da saúde da família, coordenação de saúde mental e apoio matricial em saúde mental de Santa Luzia, na compreensão e elaboração de estratégias de melhoria do compartilhamento e do clínica ampliada em saúde mental por parte dos profissionais de saúde da família apoiados pelo matriciamento.

De acordo com o cronograma de pesquisa, a coleta de dados está estimada para ocorrer nos meses de setembro e outubro de 2010, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da UFMG, podendo ser antecipada caso o protocolo seja aprovado mais rapidamente.

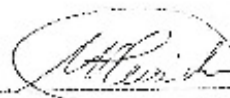
Solicitamos, portanto, autorização para uso dos documentos e coleta dos dados primários, iniciando-se pelo contato com profissionais da equipe de saúde da família (médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde), membros da equipe de apoio matricial (psiquiatras, psicólogos e estagiários bolsistas de Psicologia) e gestores (coordenação da saúde da família, da saúde mental, apoio matricial e da saúde em geral) para agendamento de datas para a realização destes encontros, que ocorrerão em horário o mais adequado possível para os envolvidos, salvaguardando-se o anonimato das falas nas publicações dos resultados.

Colocando-nos à disposição de V.Sa. para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários, agradeceremos e reiteramos nossos protestos de estima.


Cordialmente,



Profa. Dra. Maria Imaculada de Fátima Freitas
Coordenadora da pesquisa
Orientadora - Curso de Doutorado - EEUFG



Cláudia Maria Hilgheiras Penido
Doutoranda UFMG



Paulo de Tarso Machado Azeis
Secretário Municipal de Saúde
Santa Luzia - MG