

# Apoio matricial:

um estudo sobre a perspectiva de profissionais da saúde mental\*

Maria Luisa Gazabim Simões Ballarin<sup>1</sup>

Lara de Sousa Blanes<sup>2</sup>

Sabrina Helena Ferigato<sup>3</sup>

BALLARIN, M.L.C.S.; BLANES, L.S.; FERIGATO, S.H. Matrix support: a study on the perspective of mental health professionals. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.16, n.42, p.767-78, jul./set. 2012.

Matrix support is part of the new organizational arrangements and methodology for management of healthcare work that aim to integrate the dialogue between different specialties and levels of care. This paper analyses matrix support from the perspective of professionals working in different mental health clinics in the municipality of Campinas, state of São Paulo, Brazil. It is a descriptive qualitative study that involved interviews with professionals from different specialties. The data obtained were processed based on discourse analysis methodology. The results showed that the proposition of matrix support was not clearly incorporated by all the professionals, but that it enabled exchange of knowledge, interdisciplinary work, construction of intervention strategies and co-responsibility within the clinical field. Success in relation to these new organizational arrangements requires joint and collective effort by all players who seek comprehensive care.

*Keywords:* Mental health. Health management. Matrix support.

O apoio matricial constitui parte dos novos arranjos organizacionais e metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando a integração dialógica entre distintas especialidades e níveis de atenção. Este trabalho analisa o apoio matricial sob a ótica de profissionais que atuam na saúde mental em diferentes serviços do município de Campinas, SP, Brasil. Trata-se de estudo qualitativo, envolvendo entrevistas junto a profissionais de diferentes especialidades. Os dados obtidos foram tratados com base na metodologia da análise do discurso. Os resultados evidenciam que a proposição do apoio matricial não foi incorporada com clareza por todos os profissionais, mas viabilizou: a troca de conhecimentos, interdisciplinaridade, construção de estratégias de intervenção e corresponsabilização no campo da clínica. O êxito desses novos arranjos organizacionais exige articulação e trabalho coletivo de todos os atores que buscam a integralidade da atenção.

*Palavras-chave:* Saúde mental. Gestão em saúde. Apoio matricial.

\* Elaborado com base em Ballarin (2009); pesquisa da carreira docente, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

<sup>1</sup> Faculdade de Terapia Ocupacional, Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Av. John Boyd Dunlop, s/nº, Jardim Ipaussurama. Campinas, SP, Brasil. mlballarin@puc-campinas.edu.br

<sup>2</sup> Discente, Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Bolsista de iniciação científica - FAPIC/Reitoria.

<sup>3</sup> Doutoranda, Programa de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Bolsista Capes.

## Introdução

A rede de atenção à saúde mental do município de Campinas, SP, tem se destacado enquanto referência para a organização em rede dos serviços de saúde, na medida em que vem oferecendo uma assistência integrada, articulada e comunitária que comunga dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica da Clínica Psicossocial.

Além de contar com um suporte importante de investimentos em equipamentos substitutivos, como: Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Enfermarias de psiquiatria em Hospital Geral e Serviços de Geração de Renda, o município experimenta uma ativa articulação entre a Saúde Mental especializada e a Atenção Básica, a partir do uso de ferramentas de gestão, como a estratégia do Apoio Matricial (AM), a organização de Equipes de Referência (ER) e o compartilhamento entre serviços na produção de Projetos Terapêuticos Singulares (Campos, 2005). Embora todas essas ferramentas estejam inter-relacionadas, tanto do ponto de vista prático, como teórico, ressaltamos que o enfoque maior deste trabalho dirigiu-se ao uso do AM como ferramenta de gestão da clínica neste campo.

A experiência de construção de um modelo de atenção em saúde mental extra-hospitalar e inovador, iniciada em 1990, a partir da criação do convênio de cogestão entre Secretaria Municipal de Saúde e Serviço Dr. Cândido Ferreira, estende-se até os dias de hoje, com um grau de complexidade cada vez mais ampliado (Carvalho, 2002). Somado a isto, neste município, procurou-se imbricar a saúde mental na rede de saúde como um todo (Gomes, 2006). Desta forma, algumas estratégias foram sendo constituídas objetivando facilitar o direcionamento dos fluxos na rede. Com os recursos já existentes, como, por exemplo, aquele destinado ao Programa Saúde da Família (PSF), buscou-se ampliá-los e combiná-los com outros princípios. Tal estrutura vem possibilitando uma maior articulação entre a saúde mental, a atenção básica, a saúde coletiva e a reabilitação. Cada uma dessas formas singulares de funcionar junto às ER das Unidades Básicas de Saúde (UBS) tem viabilizado o exercício da clínica ampliada, ou seja, um modo de ver a saúde que não nega as técnicas da clínica *strictu sensu*, mas as incorpora em um conjunto mais amplo de ações, entrelaçando: clínica e política, tratamento, organização institucional, gestão e subjetividade (Campos, 2003).

Entendemos que esse modelo de atenção, quando bem realizado, funciona como um catalisador para os processos de vinculação e responsabilização dos atores envolvidos no processo de produção de saúde e, conseqüentemente, modifica a lógica dos processos de trabalho (Ballarin, Ferigato, Carvalho, 2010; Figueiredo, 2005).

A reorganização dos processos de trabalho com base na metodologia do AM e das ER implica mudanças na estrutura gerencial e assistencial dos serviços de saúde, que passam a dirigir o foco da atenção para um modelo de atendimento mais singularizado e interdisciplinar, invertendo, assim, a lógica da estrutura tradicional dos serviços de saúde e fortalecendo o funcionamento da atenção em rede (Figueiredo, Onocko, Campos, 2008; Campos, 1999).

Neste contexto e, especificamente, em relação ao AM, pode-se entendê-lo como um arranjo organizacional que tem por objetivo fornecer suporte técnico especializado às equipes de saúde da atenção básica. Um arranjo que propõe romper com o modelo médico-centrado, caracterizando-se como um instrumento de gestão do cuidado destinado a qualificar a intervenção em sujeitos e coletivos. Desta forma, o AM estimula a produção de espaços que promovem, no interior das UBS, discussões e práticas clínicas que trazem novos sentidos para a intervenção em saúde, atualizando modos de cuidar e que rompem com a lógica de encaminhamentos para as especialidades, ou seja, criam outras possibilidades de atenção que vão além dos CAPS e/ou internações, diversificando e ampliando as alternativas de acolhimento às necessidades dos usuários com transtornos mentais (Pena, 2009).

Por se caracterizar como uma estratégia recentemente implantada no campo da saúde, desenvolver estudos mais detalhados sobre esta temática é de fundamental importância. Assim, este trabalho tem por objetivo analisar aspectos conceituais e operacionais acerca do AM a partir da percepção de profissionais que atuam na rede de atenção do referido município. Para isso, é importante salientar que o município de Campinas opera com um modelo de AM que se consolidou antes da estratégia do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) criada pelo Ministério da Saúde em 2008 (Brasil, 2007).

O NASF é composto por profissionais de diversas áreas do conhecimento em saúde, incluindo a saúde mental, e tem se consolidado em diversos municípios como o principal instrumento para implementação da tecnologia do AM, especialmente para o fortalecimento da Atenção Básica de cidades com uma articulação de rede insipiente ou inoperante. Essa ferramenta foi criada “[...] visando apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família (ESF) na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária, bem como sua resolutividade, além dos processos de territorialização e regionalização” (Brasil, 2011).

No entanto, em Campinas, essa não é uma tecnologia incorporada com avanço suficiente para análise neste trabalho. Portanto, destacamos que esta pesquisa se refere ao AM que ocorre especificamente no campo da saúde mental, na interface com a atenção básica, no contexto campineiro. Nosso objeto de análise recaiu sobre as relações orgânicas estabelecidas entre os profissionais entrevistados e, mais especialmente, sobre o discurso dos mesmos acerca do AM.

## Aspectos metodológicos

Este artigo é resultado de um estudo descritivo e de natureza qualitativa, desenvolvido com base em pesquisa bibliográfica realizada nas bases de dados da Literatura Latino-americana em Ciências de La Salud – LILACS e SciELO, e de pesquisa de campo. Para coleta de dados no campo, entrevistas semiestruturadas foram realizadas individualmente, com 14 profissionais de diferentes categorias (psicologia, enfermagem, terapia ocupacional, psiquiatria) que atuam em CAPS e em equipes de saúde mental de UBS – serviços que compõem a rede de atenção à saúde do município. Os profissionais entrevistados foram informados sobre os objetivos, os procedimentos do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, tendo a pesquisa sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-Campinas.

Para a realização das entrevistas semiestruturadas, foi utilizado um roteiro que objetivou orientar as intervenções do próprio pesquisador. O roteiro continha questões relativas às políticas e diretrizes de atenção à saúde mental, a articulação da rede de saúde mental do município, a organização do trabalho, bem como as experiências de atuação do profissional neste campo. Além das questões descritas, o roteiro foi complementado com outras perguntas relacionadas às circunstâncias momentâneas à entrevista, possibilitando a emergência de informações de forma mais livre, de modo que as respostas não estivessem condicionadas a uma padronização (Manzini, 1991).

As entrevistas ocorreram no local de trabalho dos participantes, duraram de quarenta minutos a uma hora e trinta minutos, foram gravadas e transcritas, constituindo, assim, rico material para análise.

Todo o material obtido foi trabalhado a partir da metodologia da análise do discurso dos entrevistados, pois, especialmente na área da saúde, a análise do discurso “tem permitido ao analista uma compreensão mais dinâmica do texto, reconhecendo e interpretando as concepções sobre um determinado objeto de acordo com o contexto onde foi produzido” (Vianna, Barros, 2006, p.59).

Portanto, neste estudo, buscamos analisar como estes profissionais dão voz e percebem seu processo de trabalho, enquanto profissional matriciador ou matriciado, considerando-se a perspectiva do AM que caracteriza uma metodologia no contexto dos novos arranjos organizacionais de processos de trabalho em saúde. Assim, após sucessivas leituras, conforme nos orienta Minayo (1999), procedeu-se à seleção dos dados, considerando-se os conhecimentos subjacentes produzidos a partir da mensagem discursiva, estabelecendo-se, nesta etapa, a apreensão das estruturas de relevância, o agrupamento das principais categorias temáticas e a interpretação dos resultados obtidos, os quais serão apresentados a seguir.

## Resultados e discussão

Considerando as experiências dos entrevistados, apreendidas a partir de seus relatos e das observações realizadas em campo, pudemos identificar e analisar diversas categorias empíricas relacionadas ao AM, das quais quatro serão descritas neste trabalho: a conceitual, a funcional, a pedagógica e a da subjetividade.

## Apoio matricial: dimensão conceitual

O conceito de AM e de ER vem se desenvolvendo desde o final da década de 1980. Entre os anos de 1990 a 1998, a reorganização dos arranjos dos processos de trabalho com base na metodologia do AM e das ER foi implantada em alguns municípios brasileiros, e, com isso, foi possível constatar alterações do modelo teórico original, bem como avanços importantes que vêm contribuindo com a delimitação de seu referencial teórico e prático (Bezerra, 2008).

Atualmente, alguns programas do Ministério da Saúde, tais como: o Humaniza-SUS, Saúde Mental, e Atenção Básica/Saúde da Família, incorporaram a perspectiva de implementação desses novos arranjos organizacionais (AM e ER), pois suas diretrizes favorecem a criação de um modelo de atendimento mais singularizado, potencializando o trabalho interdisciplinar e o sistema de referenciamento. Tais arranjos surgiram como forma de superar a racionalidade gerencial tradicionalmente verticalizada, compartimentalizada e produtora de processo de trabalho fragmentado e alienante para o trabalhador, produzindo novas formas de abordagem para a gestão da clínica (Brasil, 2009).

Além disso, como descrito anteriormente, a reorganização dos arranjos dos processos de trabalho em saúde implica mudanças na estrutura gerencial e assistencial dos serviços de saúde, e depende, em larga medida, da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias e de critérios eficazes para acionar apoio. Nesta direção, há que se deslocar a centralidade do processo de trabalho com foco nos procedimentos para a produção de saúde, estimulando, assim, maior coeficiente de vínculo entre os atores envolvidos – profissionais, usuários e familiares (Campos, Domitti, 2007; Figueiredo 2005; Campos 1999).

Apesar da delimitação existente dos conceitos teórico-práticos relativos a esses novos arranjos organizacionais – neste caso específico, o de AM – na prática e no cotidiano dos serviços analisados, seu entendimento não é muito claro ou é muito variado entre os profissionais, conforme se evidencia nos relatos que se seguem:

“O matriciamento não é uma coisa que exista como um modelo que você diga; “é desse jeito que você tem que fazer matriciamento”. Cada serviço faz de um jeito, tem uma forma de fazer o Apoio matricial.” (E 01)

“Todo mundo fala e diz que faz matriciamento, acolhimento e clínica ampliada, mas efetivamente não há um entendimento do que de fato, é a origem desses conceitos [...]. Esses conceitos são utilizados de forma superficial ou como cada Unidade entende.” (E 02)

“Acho que até hoje cada um construiu um conceito de matriciamento na cabeça. Ninguém, nunca chegou e falou assim: “Olha matriciamento é isso” para quem está chegando na rede é difícil saber o que fazer, ou para quem já está na rede saber o que mudou ou poder se organizar para a mudança. Então, assim... para mim nunca ficou claro exatamente o que é o matriciamento.” (E 05)

Tomando por base os relatos dos entrevistados E 01, 02 e 05, observamos que parte deles necessita processar com maior clareza os referenciais teórico-práticos relacionados ao AM, para que possa incorporar, no cotidiano de trabalho, esta nova forma de se organizar e de produzir saúde. Esta falta de clareza anunciada por alguns dos profissionais entrevistados vem sendo apontada como um obstáculo a ser superado.

Ao realizar estudo sobre o AM, Dimenstein et al. (2009) também observaram que os profissionais de Unidades de Saúde da Família no Rio Grande do Norte não tinham clareza sobre a proposta do AM, ao mesmo tempo em que havia uma grande demanda cotidiana de saúde mental não acolhida. Neste sentido, “a forma como estão sendo realizadas as discussões acerca do AM nos distritos é de fundamental importância. Fazem-se necessário um acompanhamento e uma discussão mais ampla a respeito do AM” (Bezerra, 2008, p.121).

Entendemos que as experiências e a formação das equipes de AM estão sendo gradualmente construídas e, conforme ressalta Dimenstein et al. (2009), sua expansão e qualificação constituem-se desafios para os gestores de saúde mental.

Ainda em relação a esse aspecto, não podemos nos esquecer que os relatos descritos acima expressam ideias de trabalhadores que atuam no município de Campinas, SP, cujo pioneirismo, no que tange à organização do setor saúde, especialmente no campo da saúde mental – área em que inicialmente se implantou o AM – é reconhecidamente relevante. Sendo assim, como explicar as perspectivas apresentadas nos relatos dos entrevistados E 01, 02 e 05, já que estes se autodenominam com “falta de clareza”, “superficialidade”?

Podemos inferir que isto se dá, na medida em que cada serviço, equipe e território tem suas especificidades e sua maneira própria de funcionar e trabalhar e, neste sentido, o fato de cada serviço ter uma forma de fazer AM seria uma assertiva em relação à proposta teórica dessa ferramenta de gestão da clínica, como procuraremos aprofundar no próximo tópico. Salientamos que o AM caracteriza-se como uma metodologia que engendra conceitos e práticas, cujo processo está em construção, e, por isso mesmo, desafios de toda ordem devem ser superados e encarados como caminhos para o aprimoramento de sua efetivação.

Deste modo, como já apontaram Campos e Domitti (2007, p.406), foram identificados “obstáculos estruturais, éticos, políticos, culturais, epistemológicos e subjetivos ao desenvolvimento desse tipo de trabalho integrado em saúde”. Ou seja, entendemos que a incorporação do AM no trabalho cotidiano em saúde não passa apenas por um melhor entendimento conceitual do tema por parte dos trabalhadores, mas de aprimoramento vinculado ao oferecimento de estrutura adequada para sua realização e, fundamentalmente, da conquista de mudança nos modos de se pensar, praticar e produzir saúde, não apenas no município de Campinas, mas em todos os municípios que pretendem estar em consonância com os princípios do SUS.

### **O funcionamento do apoio matricial na perspectiva dos profissionais**

A ideia de que “cada serviço tem um jeito de fazer o AM ou de funcionar com AM” pode nos ajudar a reafirmar como são relevantes e valiosos os processos de singularização relacionados a esta ferramenta.

Como descrito anteriormente, a singularidade que se constrói em cada unidade, em cada encontro, não é definida por um modelo preestabelecido. Assim, a esse respeito, pudemos identificar e detalhar algumas singularidades relacionadas ao funcionamento do AM existentes nos serviços em que estavam inseridos os profissionais entrevistados, conforme se depreende dos relatos que se seguem:

“Na minha unidade a gente tem um apoiador matricial em cada mini-equipe e o matriciamento é feito por este profissional de acordo com os Centros de Saúde que estão dentro do território e da região da qual ele é o responsável por fazer este trabalho.” (E 12)

“Não são todos os profissionais da equipe que tem perfil para fazer o matriciamento. Depende muito da formação. Então a gente define esse profissional que tem mais esse perfil para fazer a ponte entre o Centro de Saúde e o CAPS e aí se trabalha a partir das demandas e do próprio matriciamento.” (E 08)

“O matriciamento depende muito do que o caso está demandando. É importante que o profissional que vai matriciar o caso tenha experiência em relação aquela problemática.” (E 10)

De fato, os relatos dos E 12, 08 e 10 evidenciam que o modo como os profissionais se organizam para efetivar o trabalho de AM é diversificado. Sinteticamente, podemos descrevê-lo considerando que a equipe geral de cada CAPS do município de Campinas se divide em três ou mais Equipes de

Referência - ER, denominadas, usualmente, pelos profissionais de miniequipes. Esta divisão ocorre também na equipe geral das UBS. No caso dos CAPS, cada miniequipe passa a ser referência e fazer o AM a uma região específica, abrangendo, assim, todas as UBS que compõem aquele determinado território de abrangência.

Já, outros CAPS do município, têm um modo diferente de funcionamento, pois estabelecem e definem, na equipe, os profissionais que possuem um perfil específico para desenvolver o trabalho de AM. A partir disto, os profissionais definidos se corresponsabilizam pelo matriciamento de todos os Centros de Saúde referenciados pelo CAPS.

Há, ainda, um terceiro modo de funcionamento entre os serviços, identificado no município, que se dá a partir da demanda de um caso a ser discutido ou da problemática em questão. Nesse modo de operar, a maior propriedade ou vinculação com a temática/caso a ser discutida(o) é que definirá quem será o apoiador matricial.

Podemos perceber que foram identificados, pelo menos, três modos de operacionalizar o AM neste cenário: a) apoio matricial definido pela territorialidade da equipe de referência; b) pelo perfil profissional dos profissionais da equipe que passam a ser referência para o AM; ou c) pela competência e/ou vinculação que o profissional tem com a problemática trazida naquela determinada demanda específica. Todos esses modos de funcionamento preservam os objetivos principais do AM e têm em comum a particularidade do matriciamento, que se define a partir da singularidade do caso a ser atendido, da região e do próprio matriciador.

A frequência e regularidade das reuniões e encontros realizados entre equipe de profissionais de um serviço e apoiador matricial é um elemento relacionado ao funcionamento do AM que merece análise. Pode-se dizer que o contato entre apoiador matricial e equipe é variável, e se dá conforme a singularidade de cada UBS, de acordo com suas particularidades, e da relação estabelecida com o CAPS.

No que se refere à realidade dos serviços do município de Campinas, esses dados indicam que a organização das ER e do matriciamento se dão de forma heterogênea (Figueiredo, Onocko Campos, 2009). Assim, segundo Gomes (2006), o matriciamento pode ocorrer a partir de: intervenções conjuntas realizadas entre o apoiador matricial e alguns profissionais da ER da UBS, intervenções que exigem que o apoiador atue de modo mais específico e direto – no caso, mantendo, para isso, contato com a ER – e intervenções dirigidas a orientações e troca de conhecimento, ficando o caso sob cuidado da ER da UBS. Todas as situações descritas evidenciam a heterogeneidade dos encontros e formas de funcionamento do AM, também observadas neste estudo.

Neste contexto, é necessário salientar que o município de Campinas é dividido em cinco Distritos Regionais de Saúde, de maneira que cada Centro de Saúde ou Serviço especializado – no caso da saúde mental, os CAPS – tem sob sua responsabilidade uma determinada área de abrangência. Em todos os Distritos Regionais, são nomeados profissionais para exercerem a função de apoiadores.

Enfatizamos que esta forma de implementação do AM é singular à realidade do município em que se desenvolveu este estudo, porém passível de ser incorporada e, até mesmo, aprimorada em outros municípios. Para isso, alguns elementos próprios à organização da rede estudada precisam ser minimamente investidos, entre eles: a territorialização da assistência em saúde mental (que implica a divisão da cidade em distritos sanitários e funcionamento de CAPS territorializados), a criação e efetivação de equipes de referência, além de estratégias eficientes de gestão participativa.

### **A dimensão pedagógica do apoio matricial: um espaço de ensino–aprendizagem**

Embora a interdisciplinaridade não seja uma novidade conceitual nas redes de saúde, sabemos que a multiplicidade de saberes presente em uma equipe de saúde não garante que o usuário da UBS tenha, naquele serviço, um espaço em que seu sofrimento seja escutado para além do sintoma, nem que haverá trocas efetivas ou espaços de formação entre os profissionais (Pena, 2009).

Ao estabelecer, como um de seus objetivos, o oferecimento de retaguarda especializada a equipe e profissionais, o AM potencializa os espaços de troca de experiência e a educação permanente em saúde. Esse compartilhamento de saberes permite a equipe ampliar seus conhecimentos, sua

capacidade de atendimento, além de propiciar uma aproximação entre a equipe e desta com os usuários, como se pode observar a partir do relato que se segue:

“O apoio matricial é um encontro entre um profissional de nível universitário que sai do CAPS, geralmente uma vez a cada duas semanas e vai para o Centro de Saúde, onde se faz uma reunião. Assim, se possibilita uma troca de conhecimentos ou a discussão, às vezes de algum paciente, tanto para encaminhá-lo do CS para o CAPS ou do CAPS para o CS, ou para uma intervenção de alguém que está na comunidade e que não está sendo atendido.” (E 01)

“Na minha percepção o apoio matricial ou o matriciamento é uma função essencial dentro da equipe de Unidade Básica [...]. Você compartilha o seu conhecimento com outros profissionais da equipe que tenham outra formação para potencializar a clínica, para conseguir ter uma outra compreensão sobre o sofrimento do usuário, sobre aquelas pessoas, aqueles sujeitos, aquele contexto.” (E 07)

O profissional que atua como apoiador matricial é considerado um especialista e, por isso mesmo, a partir de suas intervenções, pode contribuir com seus conhecimentos específicos, somados ao saber da equipe local, para o aumento da capacidade resolutive da equipe responsável, além intensificar os espaços de diálogo e, conseqüentemente, de aprendizagem (Domitti, 2006).

É importante salientar que não se trata, aqui, de uma defesa valorativa do saber especializado sobre o saber generalista, nem mesmo se trata de um entendimento de que o profissional especialista é o ator que fornece conhecimento para os profissionais da atenção básica, como receptores do saber. Valorizamos, ao contrário, a dimensão potencial do encontro, da troca entre diferentes atores, que ocupam diferentes lugares no emaranhado da rede de saúde, sob diferentes perspectivas sobre uma dada situação, um dado caso clínico ou uma problemática específica. O apoio matricial tem a função de compartilhar conhecimento e coconstruir possibilidades de intervenção, e não de ditar, sozinho, as regras do jogo.

Neste sentido, quando nos referimos ao termo apoio, compreendemos que o mesmo apresenta duas dimensões: a de suporte assistencial e a técnico-pedagógica. A dimensão assistencial relaciona-se à ação clínica que se dá diretamente com os usuários do serviço. Já, a dimensão técnico-pedagógica demanda uma ação de apoio educativo com e para a equipe, pois é “O momento de maior disponibilidade de uma equipe para aprender determinado tema, é exatamente quando tem um caso sob sua responsabilidade e recebe o apoio de um expert no tema de apoio educativo com e para a equipe” (Cunha, Campos, 2010, p.41).

Além disso, o AM viabiliza a responsabilização compartilhada dos casos individuais e coletivos e, ao configurar-se deste modo, abre um espaço de discussão e diálogo sobre o vivido. Esta abertura possibilita: a reorientação de condutas, a construção de projetos terapêuticos, a revisão de papéis e funções e, conseqüentemente, a constituição de um trabalho com vistas à interdisciplinaridade. Reafirma-se que o AM, no arranjo organizacional dos serviços, complementa as equipes de referência, fornecendo subsídios e construindo intervenções terapêuticas mais adequadas e compatíveis com os sujeitos que as demandam, na medida em que “este trabalho conjunto e compartilhado produz a corresponsabilização dos casos e pode se efetivar a partir de discussões conjuntas, tanto do usuário, como da família, como na forma de supervisão e capacitação” (Brasil, 2005, p. 32).

Podemos entender o AM como um momento privilegiado para práticas de ensino-aprendizagem, seja entre diferentes profissionais, entre diferentes equipes, e com usuários e familiares, sendo, por isso, um movimento sinérgico à proposta de Educação Permanente – que se trata de uma proposta:

[...] pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho e da formação em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. (Ceccim, 2005, p.161)

A possibilidade de se ampliar o olhar e de se estabelecerem trocas de conhecimento, a partir de situações que emergem no cotidiano da clínica – aspectos estes, descritos nos relatos E 01 e 07 –, caracterizam a constituição de espaços clínicos formativos, espaços de aprendizagem, que são, ao mesmo tempo, também espaços de ensino que permitem: desenvolver as habilidades das equipes envolvidas, o acesso a outras informações e, portanto, as várias dimensões da problemática discutida, a construção de novas estratégias de intervenção, fortalecendo a interdisciplinaridade e a integralidade da atenção.

### **Apoio matricial: espaço de relações e de produção de subjetividade**

Sabemos que o AM procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimentos entre profissionais de referência e apoiadores (Campos, Domitti, 2007). Porém, Pena (2009) acrescenta que, para além da construção do conhecimento, o AM também lida com a produção do trabalhador, isto é, com a invenção do lugar do trabalhador na equipe de saúde, com a invenção de si mesmo.

Se as ações relacionadas ao AM se dão no cotidiano do trabalho da equipe e no contato desta com outras equipes de trabalho, portanto com si mesmas e com os outros, é fundamental que possamos analisar de que maneira estes sujeitos que integram as equipes dão sentido às suas experiências de trabalho e aos processos de interação e subjetivação. Entendemos que:

A produção de subjetividade se refere aos modos de sentir, pensar e agir produzidos pelas redes da história formatando modos de sensibilidade e comportamento coletivos, através de discursos, instituições, leis e dispositivos sociais diversos ligados por uma rede de saber-poder que produz sujeitos e objetos de conhecimento. (Guatarri, Rolnik, 1986, p.64)

É também relevante compreendermos que o trabalho em equipe se caracteriza a partir de “uma rede de relações entre pessoas, rede de relações de poderes, saberes, afetos, interesses e desejos, onde é possível identificar processos grupais” (Fortuna et al., 2005, p.264). O entendimento de todas essas dimensões que abarcam a subjetividade dos sujeitos (seus conflitos, desejos, suas relações e vínculos com os demais membros da equipe, bem como o próprio trabalho) em muito pode contribuir com a construção de uma prática de saúde voltada para a integralidade da atenção.

Portanto, ao falarmos de uma equipe interdisciplinar ou do encontro de diferentes núcleos de saber a partir da tecnologia do AM,

[...] estamos nos referindo ao encontro de diferenças, tanto objetivas quanto subjetivas. É a partir desses encontros que o trabalho coletivo se desenvolve. E também as simpatias, as antipatias, os conflitos, as alianças, as dificuldades de comunicação, as resistências... É na interseção dessas perspectivas – a profissional e a interpessoal – que as dificuldades começam a surgir. Em outras palavras, além da diferença entre o saber do médico, da enfermeira, do psicólogo, do dentista, do agente comunitário de saúde, do paciente, estou me referindo àquelas entre a Maria, o José, a Sandra, o Paulo e todos aqueles que, de algum modo, participam do processo [...]. (Cardoso, 2004, p.48)

Os relatos que se seguem expressam aspectos relacionados ao AM que merecem análise mais detalhada:

“Em alguns momentos eu percebo que o matriciamento funciona como um espaço de cura. Ele é para curar as angústias da equipe em relação ao caso que eles estão atendendo lá e que está difícil.” (E 03)

“Fazer essa coisa que é o matriciamento, com uma formação muito deficiente - porque não é só uma questão técnica, mas de experiência de trabalho na rede - é muito difícil.” (E 08)

“O apoio matricial me parece que é uma coisa, assim, que é mais um sintoma do que uma proposta. Sintoma do quê? Bom, já que a gente não tem equipe de Saúde Mental em todas as unidades que possa fundamentar o trabalho da equipe de saúde daquela unidade [...]. Bom! Então vamos usar os recursos dos profissionais para capacitar quem está nas unidades básicas e deficitárias desse tipo de atenção, desse olhar. Eu vejo que é uma coisa que é um quebra-galho.” (E 04)

No caso dos relatos E 03, 04, 08, a ação relacionada ao AM, uma das possíveis atribuições do profissional no serviço, ou seja, o trabalho de fazer matriciamento ou o trabalho do apoiador matricial, evidencia angústias, falta de experiência, formação deficiente. Todos esses podem ser entendidos como dimensões subjetivas relacionadas ao trabalho. Neste sentido, muito se tem discutido acerca do trabalho como fonte de valorização pessoal e profissional, mas, também, como fonte de sofrimento. “Para vencer os obstáculos do trabalho real, o trabalhador necessita colocar muito de si, de suas emoções, paixões e investimento pessoal e com isso é justo que seu esforço seja reconhecido” (Dejours, 1999, p.34).

Como fonte de sofrimento, o trabalho pode influenciar o comportamento do profissional no serviço, interferindo na qualidade da atenção prestada, bem como afetar a sua própria qualidade de vida (Guimarães, Jorge, Assis, 2011; Rebouças et al., 2008). Portanto, ao se considerarem as exigências e demandas advindas da implementação desses novos arranjos organizacionais, há que se estar atento ao fato de que esta nova forma de atuar pode acarretar sobrecarga para o profissional, especialmente se a implementação do apoio matricial acontece dissociada de um planejamento e gestão eficazes do processo de trabalho na unidade e dos processos subjetivos inerentes ao trabalho em saúde.

Temos, ainda, que reconhecer que esses novos arranjos organizacionais (AM e equipes de referência) colocam, a todos os profissionais da saúde, o desafio da construção de práticas mais criativas, articuladas, com potência para flexibilizar os limites das competências específicas, com foco na integralidade da atenção e do cuidado, tanto dos profissionais como dos usuários dos serviços de saúde (Matos, Pires, Campos, 2009; Pereira, Mishima, 2003).

Ao envolver aspectos distintos e complexos, esta construção requer empenho contínuo, pois não se trata de uma tarefa rápida e isolada e, sim, de um trabalho coletivo profundo e amplo.

## Considerações finais

Buscamos, neste trabalho, contribuir para a produção de conhecimento sobre o AM, a partir da relação estabelecida entre profissionais da rede de saúde mental do município de Campinas. Para isso, foram entrevistados profissionais que atuam em CAPS e em UBS do município. Os resultados apresentados expressam, fundamentalmente, aspectos apreendidos sobre o AM, a partir de uma cultura sanitária específica, pertinente aos profissionais que constroem a rede de saúde do referido município. Neste sentido, considerando que o estudo aborda uma realidade local e um campo específico de especialidade – no caso, a saúde mental –, faz-se necessário apontar os limites que o recorte metodológico proposto apresenta. Contudo, apesar de se tratar de uma análise local e circunscrita, entendemos que os resultados apresentados são passíveis de generalizações e podem contribuir para ampliar as discussões e suscitar novos questionamentos.

Depreende-se dos aspectos descritos que o AM implica mudanças na estrutura gerencial e assistencial dos serviços, e isto se dá na medida em que, ao ser entendido como um novo arranjo organizacional do processo de trabalho, tem, por objetivo, reverter a fragmentação das práticas e saberes em saúde, buscando dirigir o foco da atenção para um modelo de atendimento mais singularizado e interdisciplinar. Neste contexto, o AM busca inverter a lógica da estrutura tradicional da clínica, da gestão e da formação em saúde, configurando-se a partir de uma remodelação precisa quanto aos seus aspectos conceituais e práticos. No entanto, o estudo em questão evidenciou que o entendimento sobre o AM, no cotidiano do trabalho, para alguns dos profissionais entrevistados, não é muito claro, embora possamos inferir também que a nomeada “falta de clareza”, em algumas circunstâncias, pode ser traduzida como a frustração de alguns profissionais pela presença do conflito de ideias e o caráter, muitas vezes, não consensual do matriciamento.

Além disso, o AM mostra-se como espaço que possibilita a ampliação e o estabelecimento de trocas e de conhecimento, caracterizando situações cotidianas de ensino e aprendizagem, permitindo o desenvolvimento de habilidades dos profissionais envolvidos, bem como o acesso a outras informações, a construção de novas estratégias de intervenção, a corresponsabilização e fortalecimento do trabalho interdisciplinar.

O trabalho do apoiador matricial implica dimensões subjetivas dos sujeitos, seus conflitos, suas relações e vínculos com os demais membros da equipe e com o próprio trabalho. Todos esses aspectos, que surgem das exigências e demandas advindas da implementação desses novos arranjos organizacionais, podem funcionar como fonte de valorização pessoal e profissional, mas, também, como fonte de sofrimento e angústia, conforme se constatou em alguns relatos descritos; portanto, há que se estar atento para que estas ferramentas de gestão de processos de trabalho não acarretem sobrecarga para o profissional, o que, conseqüentemente, pode influenciar na qualidade de atenção oferecida nos serviços. Para isso, faz-se necessária uma mudança nos antigos modos de produzir saúde e gestão, e não somente implementar o AM de forma descolada de mudanças mais amplas no próprio processo de trabalho em saúde.

Por fim, constatamos que, para que o AM – novo arranjo organizacional de processos de trabalho – alcance seu propósito, ações de reavaliação contínua, trabalho coletivo, profundo e amplo devem ser implementadas. Além disso, entendemos que a temática em questão demanda investigações e estudos constantes.

#### Colaboradores

Maria Luisa Gazabim Simões Ballarin responsabilizou-se por executar a pesquisa, analisar os resultados e redigir o texto; Lara de Sousa Blanes responsabilizou-se por parte da coleta de dados no campo e redação do texto; Sabrina Helena Ferigato responsabilizou-se por analisar os resultados e revisar o texto.

#### Referências

BALLARIN, M.L.G.S. **Rede de atenção à saúde mental**: representação social de profissionais sobre processos de trabalho relacionados à equipe de referência e ao apoio matricial. 2009. (Pesquisa da carreira docente) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas. 2009.

BALLARIN, M.L.G.S.; FERIGATO, S.H.; CARVALHO, F. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. **O Mundo da Saúde**, v.34, n.4, p.444-50, 2010.

BEZERRA, E.N.R. **Estratégia de cuidado integral à saúde**: os CAPS no processo de implementação do Apoio Matricial em Natal/RN. 2008. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/nasf.php>>. Acesso em: 17 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: MS, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Proposta dos NASF é aprovada na Tripartite**. Brasília: MS, 2007. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/noticia/noticia\\_ret\\_detalhe.php?cod=372](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/noticia/noticia_ret_detalhe.php?cod=372)>. Acesso em: 8 out. 2010.

\_\_\_\_\_. 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. OPAS. Brasília, 2005.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

\_\_\_\_\_. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. p.51-67.

\_\_\_\_\_. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um estudo sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Cienc. Saude Colet.**, v.4, n.2, p.393-403, 1999.

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

CARDOSO, C.L. Relações interpessoais na equipe do programa saúde da família. **Rev. APS**, v.7, n.1, p.47-50, 2004.

CARVALHO, F.B. **História, interdisciplinaridade e saúde mental**: o serviço de saúde Dr. Cândido Ferreira. 2002. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2002.

CECCIM, R.B. Interface: Educação Permanente em Saúde - desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.9, n.16, p.161-77, 2005.

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S. Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. **ORG & DEMO**, v.11, n.1, p.31-46, 2010.

DEJOURS, C.A. **Banalização da injustiça social**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saude Soc.**, v.18, n.1, p.63-74, 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. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2006.

FIGUEIREDO, M.D. **Saúde mental na Atenção Básica**: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS - Campinas (SP). 2005. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2005.

FIGUEIREDO, M.D.; ONOCKO CAMPOS, R. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Cienc. Saude Colet.**, v.14, n.1, p.129-38, 2009.

\_\_\_\_\_. Saúde mental e Atenção Básica à Saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. **Saude Debate**, v.32, n.78-80, p.143-9, 2008.

FORTUNA, C.M. et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v.13, n.2, p.262-8, 2005.

GOMES, V.G. **Apoio matricial**: estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP. 2006. Trabalho de Conclusão do Curso (Aprimoramento em Saúde Mental) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2006.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Cartografias do desejo**. São Paulo: Graal, 1986.

GUIMARÃES, J.M.X.; JORGE, M.S.B.; ASSIS, M.M.A. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. **Cienc. Saude Colet.**, v.16, n.4, p.2145-54, 2011.

MANZINI, E.J. A entrevista na pesquisa social. **Didática**, v.26/27, p.149-58, 1990/1991.

MATOS, E.; PIRES, D.E.; CAMPOS, G.W.S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v.62, n.6, p.863-9, 2009.

MINAYO, M.C.S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1999. p.9-30.

PENA, R.S. O apoio matricial na Atenção Básica: por onde ele passa? In: SEMINÁRIO NACIONAL DA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO, 2., 2009, Brasília. **Apresentação de trabalho...** Brasília, 2009.

PEREIRA, M.J.B.; MISHIMA, S.M. Revisitando a prática assistencial: a subjetividade como matéria para a reorganização do processo de trabalho na enfermagem. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.7, n.12, p.83-100, 2003.

REBOUÇAS, D. et al. O trabalho em saúde mental: um estudo de satisfação e impacto. **Cad. Saude Publica**, v.24, n.3, p.624-32, 2008.

VIANNA, P.C.M.; BARROS, A.S. Análise do discurso: uma revisão teórica. **REME – Rev. Min. Enferm.**, v.7, n.1, p.56-60, 2003.

BALLARIN, M.L.C.S.; BLANES, L.S.; FERIGATO, S.H. Apoyo matricial: un estudio sobre la perspectiva social de profesionales de la salud mental. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.42, p.767-78, jul./set. 2012.

El apoyo matricial es parte de un nuevo régimen de organización y metodología para la gestión del trabajo en salud que pretende integrar el diálogo entre las diferentes especialidades y diferentes niveles de atención. Este trabajo hace análisis del apoyo matricial desde la perspectiva de los profesionales que trabajan en diferentes servicios de salud mental en Campinas, SP, Brasil. Es un estudio cualitativo, con entrevistas con profesionales de diferentes especialidades. Los datos fueron procesados con base en la metodología del análisis del discurso. Los resultados apuntan que el apoyo matricial no fue incorporado con claridad por todos los profesionales, pero permitió el intercambio de conocimientos, la interdisciplinariedad y co-responsabilidad en el campo de la clínica. El éxito de estos arreglos de organización requiere un esfuerzo conjunto y colectivo de todos los actores que buscan una atención de salud integral.

*Palabras clave*: Salud mental. Gestión en salud. Apoyo matricial.

Recebido em 03/10/11. Aprovado em 25/03/12.